



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ana Catarina Martins De Sousa Carneiro



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Catarina Martins De Sousa Carneiro

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira

Março de 2017

RESUMO

A comunicação de más notícias é, provavelmente, uma das tarefas mais difíceis e complexa que os profissionais de saúde têm que enfrentar no contexto das relações interpessoais, e deve ser moldada a cada pessoa e a cada contexto. O reconhecimento desta realidade aponta que é necessário ter em consideração que o serviço de urgência tem características particulares e distintas de outros contextos.

O objetivo deste estudo visa compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência, de modo a contribuir para uma melhor intervenção neste processo e suscitar nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolvimento de competências nesta área.

O estudo assenta numa abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, com recurso ao método de estudo de caso. O procedimento de recolha de dados foi um questionário dirigido a profissionais de saúde. A análise dos dados obtidos foi realizada através da técnica de análise de conteúdo nas questões abertas e da análise estatística descritiva nas questões fechadas, com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.

De entre os resultados, destaca-se que para os profissionais de saúde o significado e o tipo de má notícia mais frequentemente comunicada, está quase sempre associada a doença, designadamente a doença súbita ou oncológica. A má notícia tem impacto negativo na vida pessoal e familiar e é um acontecimento gerador de sentimentos.

A maioria dos profissionais de saúde considera que o utente/família tem o direito de ser informado sobre o conteúdo da má notícia, mas na sua prática diária nem sempre o fazem. Na perspetiva dos mesmos a comunicação de más notícias deve ser uma responsabilidade da equipa multidisciplinar, no entanto na prática diária o responsável é o Médico. Foram evidenciadas as dificuldades sentidas pelos profissionais na sua prática diária no que se refere à temática em estudo, que se centram sobretudo, no facto de ser um diagnóstico súbito e imprevisto, ser uma tarefa difícil e complexa, e pela incerteza quanto às reações do utente/família.

De um modo geral, os profissionais de saúde mencionaram que quando comunicam uma má notícia fornecem apenas a informação que consideram adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família.

Foram identificados alguns fatores dificultadores que interferem no processo de comunicação de más notícias, e que se relacionam nomeadamente, com a inexistência de condições físicas para o efeito, falta de disponibilidade de tempo e ausência de coordenação na equipa, assim como fatores facilitadores centrados no utente/família e nos profissionais de saúde.

A principal estratégia identificada como sendo fundamental para desenvolver competências neste âmbito, foi a formação contínua.

Palavras-chave: comunicação em saúde; más notícias; profissionais de saúde; urgência.

ABSTRACT

Delivering bad news is probably one of the most demanding and complex tasks that healthcare professionals must face within the context of interpersonal relationships, which must also be adapted to each individual and context. Recognising such reality underlines the need to consider that the emergency department has specific characteristics, different from other contexts.

This study aims to understand the process of delivering bad news to the patient/family members in the context of an emergency department, in order to contribute towards a better intervention in this process and to foster the need to develop health professionals' skills in this area.

The study was based on a qualitative, exploratory and descriptive approach, using the case study method. The data collection procedure was a questionnaire addressed to health professionals. The analysis of the data obtained was carry out using the content analysis technique for open questions and descriptive statistical analysis for closed questions, using the Statistical Package for the Social Science (SPSS) software, version 22.

From such results, one underlines that, for healthcare professionals, the significance and the type of bad news most frequently delivered is almost always associated with disease, particularly sudden illness or oncologic conditions. Such bad news negatively affects personal and family life and it is an event that originates feelings.

Most health professionals consider that patients/family members have the right to be informed of the content of the bad news, but they don't do exactly that during their daily practice. In their perspective, delivering bad news should be the responsibility of the multidisciplinary team, but physicians are often the ones responsible for such action during their everyday practice. The difficulty experienced by health professional during their daily practice regarding the matter at hand have been highlighted, mostly including it being a sudden or unexpected diagnosis, being a complex and challenging task and due to the uncertainty of the reactions of the patient/family members.

Broadly speaking, healthcare professionals mentioned that, when delivering bad news, they only deliver information they deem fit, as to protect the wellbeing of the patient/relatives.

Some hindering factors have been identified that infer with the process of delivering bad news, particularly the non-existence of facilities for such purpose, lack of availability and absence of coordination between the team, as well as facilitating factors centred on the patient/family and healthcare professionals.

The main strategy identified as essential to develop competences in this particular area was continuous training.

Keywords: health communication; bad news, health personnel, emergencies.

AGRADECIMENTOS

Sendo este trabalho de investigação resultado de muita dedicação e trabalho pessoal, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que a realização do mesmo fosse possível.

À Professora Doutora Aurora Pereira, pela partilha de conhecimento, pela pertinência das suas observações para o estudo, pelo permanente incentivo e encorajamento que me transmitiu na sua orientação.

À Enfermeira Adelina Bandeira Correia, por ter sido um apoio essencial e impulsionador no desenvolvimento deste estudo.

A todos os Professores e Colegas do curso, que me possibilitaram uma aprendizagem constante através da partilha de saberes e conhecimentos.

A todos os Enfermeiros e Médicos que participaram neste estudo e contribuíram para a sua concretização, mostrando-se sempre disponíveis para me ajudar.

A todos os Colegas de trabalho que me ouviram tempos infinitos a falar deste trabalho e sempre me apoiaram.

Aos meus Amigos, pela amizade e apoio em todas as horas, principalmente nas de maior dificuldade, fazendo me sempre acreditar que eu era capaz de realizar este trabalho e ajudando no que fosse preciso.

A toda a minha Família, pelo amor e apoio incondicional. Em Especial aos meus Pais, ao meu Irmão e Cunhada pela sua presença constante e espírito crítico, tendo sido os maiores impulsionadores e responsáveis do desenvolvimento da minha formação académica.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para concretização desta dissertação.

A todos, o mais sincero Muito Obrigada!

*Verifiquei que me enriquece abrir canais através dos quais
os outros possam comunicar os seus sentimentos,
a sua particular percepção do mundo.*

Carl Rogers, *in* Tornar-se Pessoa

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

PENSAMENTO

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO	23
1.1. Tipos de Comunicação	26
2. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE	29
2.1. O Profissional de Saúde e a Comunicação de más notícias	31
2.2. Estratégias em Comunicação de Más Notícias	35
3. COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	40
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	43
4. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS	45
5. TIPO DE ESTUDO	47
6. O CONTEXTO DO ESTUDO	48
7. POPULAÇÃO E AMOSTRA	49
8. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	49
9. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	51
10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	55
11. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57
12. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	61
12.1. Significado de Má Notícia	61
12.2. Tipo de Má Notícia	65
12.3. As Práticas dos Profissionais de Saúde	67
12.4. O Modo de Comunicar dos Profissionais de Saúde	74
12.5. Fatores Dificultadores e Facilitadores	78
12.6. Estratégias Mobilizadas pelos Profissionais de Saúde	84
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
CONCLUSÕES	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS	109
Anexo 1 – Autorização do Conselho de Administração	111
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	115
Anexo 3 – Parecer da Direção de Enfermagem e da Direção Clínica	119
APÊNDICES	123
Apêndice 1 – Questionário	125
Apêndice 2 – Autorização para a utilização do questionário	133
Apêndice 3 – Informação para os participantes do estudo	137
Apêndice 4 – Quadros síntese da análise de conteúdo das questões abertas ...	141
Apêndice 5 – Termo de consentimento informado	145

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 – O processo de comunicação de más notícias no serviço de urgência	96
--	----

QUADROS

Quadro 1 – Relação entre as questões do questionário e os objetivos específicos ...	50
--	----

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por grupos profissionais	57
Tabela 2 – Distribuição por género	58
Tabela 3 – Distribuição por idade	58
Tabela 4 – Distribuição dos Enfermeiros por especialidade	59
Tabela 5 – Distribuição dos Médicos por especialidade	59
Tabela 6 – Distribuição dos profissionais por tempo de exercício	60
Tabela 7 – Distribuição dos profissionais por tempo de exercício no serviço de urgência	60
Tabela 8 – Significado de má notícia	61
Tabela 9 – Tipo de má notícia comunicada	65
Tabela 10 – Frequência com que o utente/família pede informações acerca da sua situação clínica	67
Tabela 11 – Frequência com que os profissionais de saúde informam o utente/família de uma má notícia	68
Tabela 12 – Frequência com que os Enfermeiros e Médicos informam o utente/família de uma má notícia	68
Tabela 13 – Responsável pela comunicação de más notícias na perspetiva dos profissionais de saúde	69
Tabela 14 – Responsável pela comunicação de más notícias na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos	69
Tabela 15 – Responsável pela comunicação de más notícias na prática diária dos profissionais de saúde	70
Tabela 16 – Frequência com que o utente/família é informado de uma má notícia ...	70

Tabela 17 – Importância atribuída ao direito de o utente/família ser informado sobre o conteúdo da má notícia	71
Tabela 18 – Frequência com que o utente deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia	71
Tabela 19 – Frequência com que o utente que reúne condições clínicas é o primeiro a receber a má notícia	72
Tabela 20 – Dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias ao utente/família	72
Tabela 21 – Informação fornecida pelos profissionais de saúde ao utente/família sobre a sua situação clínica	74
Tabela 22 – Informação fornecida pelos Enfermeiros e Médicos ao utente/família sobre a sua situação clínica	75
Tabela 23 – Procedimento que os profissionais de saúde utilizam para comunicar uma má notícia	76
Tabela 24 – Fatores dificultadores no processo de comunicação de más notícias ..	78
Tabela 25 – Fatores dificultadores no processo de comunicação de más notícias por profissional de saúde	79
Tabela 26 – Fatores facilitadores na comunicação de más notícias	80
Tabela 27 – Estratégias para desenvolver competências na área de comunicação de más notícias	84
Tabela 28 – Formação contínua na área de comunicação de más notícias	85

ABREVIATURAS E SIGLAS

Número – n.º

Página – p.

Vol. – Volume

SU – Serviço de Urgência

INTRODUÇÃO

A comunicação constitui uma das mais complexas e genuínas atividades do ser humano, sendo aquela que permite a capacidade de interagir com os outros. O processo de comunicar é muito mais que uma simples troca de palavras, é dinâmico, interativo e aberto, pois permite não só a capacidade de socializar, como também de transmitir mensagens, ideias, sentimentos e emoções.

Como refere Nunes (2016), a comunicação é um elemento básico da nossa vida interpessoal e social, uma vez que comunicamos por palavras, gestos, silêncios, expressões, sons. Nas questões da vida, do pensamento, dos afetos, da saúde e da doença, comunicar é estruturante das relações que estabelecemos.

O processo de comunicação constitui uma premissa fundamental em contexto de saúde. Resulta, por um lado, da necessidade e direito de informação por parte do utente/família e por outro lado, do dever dos profissionais de saúde em informar o mesmo sobre a sua situação clínica.

A partilha de informação com o utente assume particular importância na medida em que constitui um modo de envolvimento no processo de tratamento e de suporte. No mesmo sentido Pereira (2008) menciona que a comunicação é uma arma terapêutica fundamental que possibilita o acesso ao princípio de autonomia do doente, à confiança mútua, ao consentimento informado e à informação necessária para o utente/família se ajudar a si próprio e ser ajudado.

Neste sentido, Gonçalves (2013) refere que é imprescindível os profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Comunicar eficazmente é simultaneamente importante e complexo, porque implica a utilização e o desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre os profissionais de saúde e o utente/família. Torna-se um desafio ainda mais complexo, quando temos que transmitir más notícias.

A comunicação de más notícias em saúde continua a ser uma área cinzenta de enorme dificuldade na relação utente, família e profissional de saúde, tornando-se numa das situações mais complexas e difíceis no contexto das relações interpessoais (Pereira, 2008), sendo que de acordo com a autora “(...) é consensual que uma má notícia é sempre aquela que afeta negativamente as expetativas de vida da pessoa (...)” (p.30).

Comunicar uma notícia nem sempre é difícil e desagradável. O problema coloca-se quando a informação que se pretende transmitir é o que vulgarmente se designa por má notícia, ou seja, como já referenciado, a que acarreta impacto negativo na vida da pessoa, nos seus planos de vida e nas suas perspetivas de futuro. Linearmente, ninguém gosta de dar más notícias, não se aprecia ser transmissor de más novas (Nunes, 2016).

A comunicação de más notícias é, provavelmente, uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm que enfrentar, pois implica um forte impacto psicológico para o utente/família que as recebe e também para o profissional que as transmite.

De acordo com Pereira (2008) a transmissão de más notícias provoca perturbação na pessoa que transmite a informação e na que a recebe, gerando sentimentos de insegurança e medos, em ambas as partes, podendo assim afetar o processo da comunicação. Os profissionais de saúde têm que estar preparados, pois para além de planear e gerir estes momentos, também têm de gerir os próprios medos e dificuldades.

A complexa tarefa de comunicar más notícias deve ser adaptada a cada pessoa e a cada contexto. Deste modo, o serviço de urgência tem características particulares e distintas de outras áreas, que é necessário considerar.

Como refere Núñez *et al.* (2006), é compreensível que a comunicação de más notícias nos serviços de urgência abarque uma série de dificuldades e exige dos profissionais de saúde um conjunto de atitudes e competências para informar de forma adequada o utente/família.

Este estudo advém da convicção de que poderemos encontrar novas respostas para problemas já existentes através da investigação, contribuindo desta forma para melhorar os processos de comunicação nos cuidados de saúde, nomeadamente em contexto de urgência e suscitar nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolvimento de competências em comunicação de más notícias. Por tudo o que foi explanado e pela consciência evidente das dificuldades manifestadas pelos profissionais de saúde neste âmbito, designadamente no serviço de urgência, o qual vivenciamos diariamente, consideramos a investigação desta temática pertinente.

Neste contexto, surgiu a questão de investigação deste estudo – *Como são comunicadas as más notícias ao utente/família no serviço de urgência?* Desta questão emergiu o objetivo geral – *compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência* –, com a finalidade de contribuir para uma melhor prática clínica dos profissionais de saúde e para o desenvolvimento de

formação nesta área temática, de forma a promover a excelência dos cuidados de saúde.

Tendo em consideração o objetivo deste estudo, desenvolvemos um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, com a utilização do método de estudo de caso.

Este trabalho de investigação encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo integra o enquadramento teórico que sustenta a problemática em estudo, à luz de bibliografia científica conceituada e estrutura-se essencialmente em três eixos conceptuais: o processo de comunicação; comunicação de más notícias em saúde; e comunicar más notícias no serviço de urgência.

O segundo capítulo destina-se à apresentação de todo o percurso metodológico, identificando a problemática e os objetivos do estudo, o tipo de estudo, o contexto do estudo, a população e a amostra, o procedimento de recolha e análise de dados, assim como as considerações éticas subjacentes.

No terceiro capítulo expomos a apresentação e análise de dados, seguindo-se o capítulo quatro inerente à discussão dos resultados e por fim as conclusões do estudo.

CAPÍTULO I

Enquadramento Teórico

Neste primeiro capítulo apresentamos o enquadramento teórico do estudo e que se centra nos seus eixos estruturantes, designadamente o processo de comunicação, a comunicação de más notícias em saúde e a comunicação de más notícias em contexto de urgência.

1. O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

A comunicação é uma atividade humana básica, assim o Homem enquanto ser em relação com o outro e com o meio, está constantemente a comunicar. Aliás, a capacidade de o ser humano comunicar com outras pessoas é inerente ao comportamento humano.

Etimologicamente, o termo comunicar vem do latim “*comunicare*” e significa pôr em comum, partilhar.

O ser humano faz uso da comunicação para expressar as suas ideias, transmitir conhecimentos, sentimentos, pensamentos e atitudes. O ato de comunicar permite ao indivíduo partilhar a sua vivência e experiência, estando em constante interação (Stefanelli e Carvalho, 2012).

Desta forma, o processo de comunicar pode ser considerado a essência da relação humana. A pessoa em sociedade e em íntima ligação com esta, não existiria como tal se não existisse a comunicação.

Enquanto característica indissociável do ser humano a comunicação permite-lhe assumir uma dimensão exclusiva, genuína e única, na medida em que a forma como se comunica faz parte do património pessoal de cada um. O ato de comunicar é também uma forma de doar ao outro, pelo que poderá dizer-se que ajudar e comunicar são dois vértices do mesmo prisma, esta deverá ser uma verdade inquestionável para o profissional de saúde (Pereira, 2008).

Quando se é questionado sobre o que é a comunicação, a resposta, aparentemente, é fácil de dar. Na opinião de Freixo (2013), o que espontaneamente nos vem à mente é a situação de diálogo onde duas pessoas (emissor/recetor) conversam, ou seja, trocam ideias, informações e mensagens. Contudo e segundo o mesmo autor, devido à natureza complexa e multidisciplinar do processo, a comunicação é muito difícil de definir. A palavra comunicação é abstrata e, como todas as palavras, possui múltiplos significados.

A comunicação enquanto processo pode ser caracterizada não só pela complexidade, mas também pela exigência que é esperada de todos os intervenientes.

O que é comunicado não se limita apenas à palavra, vai muito para além disso. É necessária uma conjugação de diferentes conceitos, tais como, atenção, disponibilidade, entrega, carisma, calma e altruísmo (Barbosa e Neto, 2006).

De acordo com Sousa (2009), comunicar de forma eficiente exige do ser humano um conjunto de características ímpares que o mesmo tem de explorar ao máximo, para garantir uma perceção e um retorno adequado, quer do que lhe é transmitido, quer do que ele próprio transmite.

Na perspetiva de Phaneuf (2005), a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A mesma transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções transmitidas.

A mesma autora supracitada afirma ainda que, comunicar é um processo muito complexo, descrito como sendo a tentativa de criar um laço de reciprocidade entre duas pessoas. Mas é preciso não esquecer que estas duas pessoas são diferentes e únicas, tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares.

Comunicar, consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras do outro suscitam em nós (Phaneuf, 2005).

O relacionamento com os outros implica necessariamente comunicar, ainda que não se queira e ainda que não se faça uso da palavra. A própria partilha de espaço inclui a comunicação com o outro, seja pela postura corporal, pelo olhar ou pela voz. Não se pode negar que a tentativa de não estabelecer comunicação com alguém, já é por si só, uma forma de comunicar (Gineste e Pellissier, 2007).

Nesta linha de pensamento, Martino (2009) refere que a forma como se faz uso da palavra constitui para o ser humano uma característica única e ímpar. Cada um de nós tem a sua própria forma de se exprimir, tem o seu próprio campo lexical, tem a sua própria voz. Comunicar faz parte do nosso património identitário e daí a importância que assume ou deve assumir no campo das relações pessoais.

Como já referenciado anteriormente, comunicar poderia então considerar-se aparentemente fácil, mas descodificar toda a informação veiculada pelas palavras, pelas intervenções e pelos comportamentos impõe uma atenção e preparação prévia complexa. Deste modo, as habilidades para levar a cabo a comunicação interpessoal são fundamentais para proporcionar cuidados de qualidade nos serviços de saúde.

Neste sentido Barbosa e Neto (2006), afirmam que associar esta complexidade natural a uma interação entre o profissional de saúde, o utente e a família, em que várias partes se encontram num clima de fragilidade, complica ainda mais, todo o cenário.

Assim, é imprescindível o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade. Estas fazem parte do seu quotidiano, numa relação com pessoas fragilizadas que necessitam de alguém que as cuide e trate, isto é, que satisfaçam as suas necessidades. Mas, quando atendemos às necessidades dos outros, temos que nos basear no facto de que ambos, utente e profissional de saúde, são pessoas com valores e crenças diferenciadas, que importa considerar e respeitar (Palmer e Thain, 2010).

Comunicar é um processo que não é passível de total controlo, com tudo o que isso poderá acarretar de benéfico ou não. O ato de comunicar é, não só uma característica indissociável do ser humano, como tremendamente identificativa (Sousa, 2009). Assim, enquanto fonte de relacionamento com os outros, o ato de comunicar, exige de qualquer profissional de saúde uma aprendizagem contínua, determinada e abrangente que dê resposta às necessidades efetivas daqueles a quem os cuidados são dirigidos (Rebelo, 2009).

A qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes tem influência sobre o estado de saúde e a utilização dos serviços, possibilitando uma maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos. A investigação tem evidenciado que uma comunicação eficaz permite a satisfação do utente e a adesão aos cuidados de saúde com resultados promissores, quando adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional e às crenças de saúde de cada pessoa (Brás e Ferreira, 2016).

No seu estudo de investigação Brás e Ferreira (2016) afirmam ainda, que fomentar a comunicação em saúde requer uma compreensão pormenorizada do contexto em que o utente se encontra, uma atualização sistemática das competências comunicacionais, uma liderança competente, apoio organizacional e um compromisso diário dos profissionais de saúde com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados.

Perante o exposto, podemos afirmar que a comunicação tem diversas funções importantes, que vão desde a investigação à mudança de comportamentos e atitudes, passando pela transmissão e partilha de ideias.

Comunicar, em última instância, consiste obviamente na possibilidade de se exprimir na dependência de um contexto, assim como permitir ao outro fazê-lo, numa relação consigo próprio. Deste modo, estabelecer uma comunicação eficiente pode considerar-se uma tarefa por vezes difícil e árdua, implicando necessariamente uma atenção e disponibilidades acrescidas por parte dos profissionais de saúde.

1.1. Tipos de Comunicação

A comunicação é constituída pela dimensão verbal e não-verbal, constituindo a linguagem corporal uma dimensão fundamental da interação. Toda a comunicação tem um conteúdo e indica uma relação, o que leva a concluir que os dois tipos de comunicação não só existem lado a lado, mas também se complementam em todas as mensagens (Pereira, 2008).

Nesta linha de pensamento, Silva (2012) refere que estas duas dimensões da comunicação, a verbal e não-verbal, são fundamentais na melhor maneira de transmitir informação, pois toda a comunicação tem duas partes: o conteúdo (o facto ou informação que é necessário transmitir) e o sentimento que temos em relação à própria notícia, à pessoa a quem estamos a transmitir a mensagem e a situação/contexto em que a interação está a ocorrer.

A comunicação verbal são todas as palavras usadas na interação; a não-verbal é todas as outras formas de emissão de mensagem que não a palavra, propriamente dita, ou seja, as expressões faciais, os gestos, as posturas corporais, a maneira de tocar ou ser tocado, entre outras (Silva, 2012).

Podemos então evidenciar que os dois tipos de comunicação se relacionam constantemente, ou seja, numa comunicação que se pretende eficaz, utilizar apenas uma delas ou as duas de forma dessincronizada, pode levar ao fracasso deste importante processo.

Segundo Sequeira (2016), a comunicação é considerada verbal quando se expressa pela palavra, sendo que pode ser oral ou escrita. Assim, consiste na base da comunicação quotidiana, tornando-se esta num veículo de preservação e contínua modificação da realidade subjetiva do indivíduo.

A comunicação verbal está direcionada para o significado das palavras utilizadas num âmbito específico de interação. Desta forma, é tanto mais clara quanto o que é dito corresponde ao que se quer dizer, ou seja, não existe discrepância entre a dimensão analógica e a dimensão digital (Sequeira, 2016).

Sobre esta temática, Pereira (2008) menciona que a comunicação é dinamizada pela linguagem e esta nasce daquilo que os indivíduos percebem uns dos outros. A linguagem é considerada a forma mais complicada, eficaz e evoluída de comunicação.

Nesta linha de raciocínio, podemos considerar que a linguagem se constitui como a principal componente da comunicação verbal. A corroborar esta afirmação Sequeira (2016, p.25) refere que “a linguagem é uma funcionalidade ampla, característica dos seres humanos e possibilita a comunicação entre estes nas suas diferentes formas de expressão”.

Neste sentido, Freixo (2013) alude que o aspeto essencial da linguagem reside em constituir um sistema de comunicação inserido numa situação social, sendo por isso um processo cognitivo e também um comportamento simbólico, uma atividade essencial e genuinamente social. Considerando-a como um instrumento de objetivação e legitimação da realidade existente, o referido autor indica que a mesma se constitui como o mais importante sistema de sinais da sociedade humana.

A linguagem é a forma que o Homem encontrou para conviver eficazmente em sociedade, pois permite perceber o mundo à sua volta e comunicar. Existem diversos tipos de linguagem, além da fala. Aqui entra qualquer meio sistemático para exprimir ideias e sentimentos, envolvendo desde signos sonoros e gráficos a gestos, expressões e posturas corporais. Nesse sentido, podemos diferenciar a comunicação verbal e a não-verbal.

De acordo com Querido, Salazar e Neto (2010) é sabido que mais de 75% da comunicação se faz com base nos aspetos não-verbais, sendo estes mais genuínos e menos sujeitos à censura do consciente. Nesta linha de pensamento, Silva (2012) refere que estudiosos da comunicação não-verbal chegam a afirmar que 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras e o restante por essa dimensão.

A comunicação não-verbal utiliza quaisquer signos que não seja a linguagem falada ou escrita. Habitualmente consideram-se duas grandes áreas na comunicação não-verbal; a corporal, que é referente à comunicação com o corpo e que engloba aspetos dinâmicos e estáticos, e a paraverbal ou da paralinguagem, que estuda o uso da voz e da vocalização (Querido, Salazar e Neto, 2010).

É a dimensão não-verbal do processo de comunicação que permite a demonstração e a compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais. A linguagem verbal é qualificada pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras, e até mesmo por suas roupas, acessórios e características físicas (Silva e Araújo, 2012).

Sequeira (2016), baseado em diferentes investigadores, refere sistemas de comunicação não-verbal, nomeadamente, o sistema cinestésico, proxémico, cronémico, diacrítico e paralinguístico.

O sistema cinestésico está relacionado com o movimento. A linguagem cinésica é conhecida como a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais aos movimentos dos membros e da cabeça, até às expressões mais subtis, como as faciais. O sistema proxémico refere-se ao estudo dos padrões culturais que usamos para construir e perceber o espaço social e pessoal. O sistema cronémico é a dimensão da comunicação não-verbal relativa às formas culturalmente estabelecidas de gerir o tempo. O sistema diacrítico abarca os códigos do vestuário, do cuidado com a imagem e inclui, entre outros, o uso de distintivos religiosos ou corporativos, o estilo da indumentária, a maquilhagem, o uso de joias. O sistema paralinguístico compreende, além do tom de voz, o volume, o ritmo, a dicção, a ênfase e as pausas, os suspiros e os bocejos, e a frequência na emissão de interjeições (Sequeira, 2016).

A análise à comunicação não-verbal, segundo Sequeira (2016), deve ser efetuada tendo sempre em atenção a tipologia de pessoa, o contexto e a situação em que esta se encontra.

A comunicação não-verbal é fundamental para o estabelecimento do vínculo que tem como base o relacionamento interpessoal, imprescindível na relação entre profissionais de saúde e os utentes.

É, principalmente por meio da emissão dos sinais não-verbais pelo profissional de saúde que o utente desenvolve confiança e permite que se estabeleça uma relação terapêutica efetiva. Assim, tanto o comportamento verbal quanto o não-verbal do profissional deve demonstrar empatia e transmitir segurança (Silva e Araújo, 2012).

Desta forma, a comunicação é um processo essencial nas relações interpessoais, rodeado de complexidade por tudo que a rodeia. No entanto, esta complexidade aumenta quando comunicamos em situações difíceis, como a transmissão de más notícias em saúde.

2. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE

O aumento da esperança média de vida associada ao avanço científico na área da saúde, indutor de uma quase ideia de imortalidade, contrasta com a obrigatoriedade do profissional em transmitir más notícias, acabando este por negligenciar esta vertente da formação, atitude que pode ser classificada como uma fuga ao reconhecimento de que nem tudo está nas mãos da Ciência (Pereira, 2008).

Comunicar más notícias assume um papel central na relação do profissional de saúde com o utente e família, pois implica um impacto psicológico em ambos e é, provavelmente, umas das tarefas mais difíceis que os profissionais têm que enfrentar.

Neste sentido, Araujo e Leitão (2012) referem que a transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por grande parte dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspetos emocionais a ela associados, e exige que o profissional desenvolva técnicas e competências.

Pereira (2008) refere que é difícil definir o conceito de más notícias no contexto de saúde. Por vezes os profissionais tendem a atribuir um significado à notícia sem atender aos aspetos significativos da pessoa, desvalorizando assim a notícia a transmitir. A gravidade da notícia deve ser atribuída pela pessoa que vive determinada situação e mediante o impacto na sua vida. Desta forma, a autora considera que a má notícia é aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo.

Para Sequeira (2016), uma má notícia consiste em qualquer informação que envolva uma mudança drástica na pessoa que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva de futuro, afetando assim, os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social. Este autor refere que se pode constituir uma má notícia a dor crónica e de difícil resolução, a desesperança, o fracasso terapêutico, o prognóstico reservado, a alteração das expectativas, a doença grave, a morte de familiar ou amigo, uma intervenção cirúrgica, entre outras.

Os tipos de má notícia acima citados vão de encontro ao já referenciado no estudo de Pereira (2008), a autora menciona que más notícias em saúde podem ser consideradas desde doenças incapacitantes em que não se vislumbra a cura, doenças degenerativas, doenças do foro psiquiátrico progressivamente desestruturantes, que vão ensombrar a vida e o futuro das pessoas, a morte de um familiar ou outra pessoa significativa, até ao

problema, que, à partida nos parece mais simples, como seja um internamento repentino, ou uma doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional.

Como referem Warnock *et al.* (2010), a comunicação da má notícia pode ser entendida como um processo ao incluir as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que esta é comunicada. Assim, as necessidades de informação e o apoio à pessoa doente/família vão para além do momento de dar uma má notícia

A comunicação de más notícias ao utente e família deve ocorrer de forma adequada, ajudando na aceitação de uma situação desfavorável, ou inadequada, o que pode gerar confusão, sofrimento e ressentimento. A revelação de uma verdade desfavorável, quando realizada com habilidade e sensibilidade, reduz consideravelmente o impacto negativo da informação sobre o utente e familiar (Núñez *et al.*, 2006).

A transmissão de más notícias requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa (Pereira, 2008).

Silva (2012) também menciona que dar notícias difíceis é um processo gradativo. As verdades podem ser ditas, desde que se respeite o limite do outro em querer ouvi-las. Podemos observar no comportamento e na fala da pessoa o seu interesse em continuar ou não uma conversa, um tema.

Neste contexto, Nunes (2016) menciona que em boa verdade, só quem recebe a informação é que pode ajuizar a medida em que a mesma se constitui como uma má notícia. Afirma, ainda, que o paradigma da relação entre o profissional de saúde e o utente tem vindo a mudar e é reconhecido que é preciso desenvolver competências na relação e na informação.

A forma como se comunica uma má notícia é fundamental para a sua aceitação por parte do utente e família. Assim torna-se tão importante a informação prestada pelos profissionais de saúde e também o modo como é comunicada, pelo facto de se constituir num dos meios mais poderosos no que se refere à aceitação, confrontação e adaptação face às mudanças ocorridas.

2.1. O Profissional de Saúde e a Comunicação de Más Notícias

Compete aos profissionais de saúde desenvolver competências no sentido de disponibilizar informação objetiva e correta, adequada ao grau de consciência, à capacidade de entendimento e à singularidade de cada ser humano, garantindo assim o direito à informação ao utente e família.

Segundo Saraiva, citado por Gonçalves (2013) os objetivos da comunicação entre os profissionais de saúde e o doente prendem-se com o ato de informar, convencer, fazer agir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos. Todo o processo de comunicação deve estar centrado no desenvolvimento de uma relação de ajuda e na redução de incerteza e medos.

O estabelecimento da relação de ajuda implica a disponibilidade, a capacidade de escuta e de compreensão; estar atento e preocupar-se com o outro, autenticidade, franqueza e empatia são componentes essenciais ao desenvolvimento da comunicação; escutar o outro, atendendo às preocupações verbalizadas e à linguagem corporal são também fundamentais (Gonçalves, 2013).

Os protagonistas da comunicação de más notícias são os profissionais de saúde, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do utente e da família (Pereira, 2008).

A comunicação de más notícias pode gerar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde – por exemplo, relacionados com o que dizer, como, quando, onde, com quem –, por isso há que desenvolver competências de deliberação ética, de informação e na comunicação, na formação e na prática clínica (Nunes, 2016).

A reação do utente à má notícia depende sobretudo da sua biografia e do seu modo de vida. É fácil gerar sofrimento ao dar a notícia de forma inadequada, esta é a maior causa de reclamações em relação à equipa Médica e de Enfermagem. Quando isto acontece pode afetar psicologicamente o utente e a sua família e por muito tempo, mesmo após a resolução ou recuperação da situação (Pereira, Fortes e Mendes, 2013).

De acordo com Pereira, Fortes e Mendes (2013), ninguém gosta de ser portador de más notícias, por ser uma tarefa difícil e que exige muita habilidade a todos os profissionais de saúde. Estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e utentes, medos, *stress*, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. Estes aspetos conduzem muitas vezes a mecanismos de fuga nos profissionais e à utilização de eufemismos.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde apreendam as suas dificuldades e representações, pois estes mecanismos estão relacionados com os seus próprios medos e receios face às situações consideradas difíceis.

Desta forma, podemos afirmar que a comunicação de más notícias é uma tarefa extremamente difícil para o profissional de saúde, pois exige um conjunto de conhecimentos, habilidades específicas e envolve um enorme componente emocional.

No estudo de Brás e Ferreira (2016), as autoras identificam que em algumas pesquisas o processo de comunicação na área de saúde é muitas vezes informal, desorganizado e variável, com uma série de barreiras à sua eficácia. Neste processo intervêm múltiplos fatores, nomeadamente os biológicos, psicológicos, psicossociais e os fatores do meio ambiente (ruído, falta de privacidade, falta de espaço).

As interrupções frequentes, a hierarquia organizacional de cuidados de saúde, a não eficiência da passagem de informação entre profissionais, a sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são alguns dos obstáculos relatados nos estudos, que influenciam a eficácia da comunicação em saúde.

Deste modo, de acordo com Pereira, Fortes e Mendes (2013), o ato de informar não é simples, principalmente se a informação é uma má notícia, constituindo-se num dilema ético para os profissionais de saúde. Este deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, princípio da autonomia, princípio da justiça e princípio da não maleficência, aplicados de acordo com a especificidade de cada situação, os valores implícitos em cada um deles e o respeito pela dignidade da pessoa humana e pela sua autonomia.

No momento da transmissão de uma má notícia, os profissionais de saúde para além da oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica e individualizar o cuidado tem também a possibilidade de fornecer coragem para que a adaptação às novas circunstâncias possa ser feita da melhor forma possível. É necessário valorizar um conjunto profundo de atitudes e certezas, compreendendo a dimensão intensa de todo o processo, mas não desistindo dele. Os profissionais de saúde têm o dever ético e moral de acompanhar o doente após a transmissão de uma má notícia, ajudando a procurar o que é melhor para si, em termos futuros (Antunes, 2008).

É importante ressaltar que a qualidade da comunicação no contexto de saúde implica envolver todos os profissionais que compõem a equipa multidisciplinar. Atualmente, ainda se discute a quem cabe a responsabilidade pela comunicação de má notícia aos utentes e familiares.

No entanto, já é consensual pela maioria dos estudiosos e evidenciado numa generalidade de estudos científicos atuais, que o ato de informar e comunicar em geral, com as pessoas doentes, em particular, quando recetoras de uma má notícia é um ato multidimensional, que deve envolver uma equipa multidisciplinar.

A comunicação de más notícias deve ser vista como uma atividade multidisciplinar que requer a participação ativa dos vários profissionais de saúde, tendo estes como dever trabalhar em equipa, respeitando as competências de cada um. Importa ter em mente que comunicar uma má notícia é demasiado complexo, e não se cingi a um único momento e, portanto, a um único profissional (Gonçalves, 2013).

Os profissionais de saúde em geral, os Médicos e os Enfermeiros em particular, assumiram um compromisso público, de agir de forma competente, de acordo com os seus deveres (expressos na sua deontologia profissional), respeitando e protegendo os direitos das pessoas. Entre estes, encontra-se o direito à informação de saúde, nomeadamente o direito a ser informado sobre a sua situação clínica, as alternativas possíveis de tratamento, a evolução provável do estado de saúde, e o direito à autodeterminação em cuidados de saúde (Nunes, 2016).

Atualmente, em Portugal a necessidade de informação ao utente e família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, e que está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Na condição de beneficiária dos cuidados que procura junto de um profissional, cada pessoa tem garantido o direito à informação, que integra o Código Deontológico dos Médicos e dos Enfermeiros.

O Código Deontológico dos Médicos (Regulamento n.º 707/2016), no artigo 19.º consagra o esclarecimento do Médico ao doente e explana o que se segue:

O doente tem direito a receber e o Médico o dever de prestar esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença; O esclarecimento deve ser prestado previamente e incidir sobre os aspetos relevantes de atos e práticas, dos seus objetivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência; O esclarecimento deve ser prestado pelo Médico com palavras adequadas, em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que, sendo menos importante, preocupa o doente; O esclarecimento deve ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural; O esclarecimento deve ser feito, sempre que possível, em função dos dados probabilísticos e facultando ao doente as informações necessárias para que possa ter uma visão clara da situação clínica e tomar uma decisão consciente.

O código deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009) no seu artigo 84.º confirma o dever de informar:

No respeito pelo direito à autodeterminação, o Enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

No ponto de vista de Warnock *et al.* (2010), os Enfermeiros estão numa posição privilegiada para intervir no momento da comunicação da má notícia, uma vez que são os profissionais que mais tempo passam junto das pessoas doentes e família, conseguindo desta forma estabelecer com estas relações de confiança e de grande proximidade.

Neste sentido, podemos dizer que o Enfermeiro mais facilmente pode perceber o momento certo de dar determinada informação, qual a quantidade e âmbito de informação que o doente é capaz de suportar, para perceber quando o doente não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e ajudá-lo, dando as explicações necessárias em conjunto e em sintonia com uma equipa multidisciplinar.

O trabalho em equipa é um processo complexo, que pressupõe interação de dois ou mais profissionais de saúde que trabalham de forma interdependente para cuidar dos utentes. Em equipas de saúde multidisciplinares, a comunicação é difícil, devido à especificidade de cada elemento e a uma cultura profissional e institucional rígida, o que condiciona alguns grupos profissionais em se expressar abertamente entre si (Santos [et al.], in Brás e Ferreira, 2016).

A este respeito, Nogueira e Rodrigues (2015) referem-se a pesquisas que mostram que os profissionais de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipa. Entre os principais constrangimentos encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipa de saúde, focam: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treino para a comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de a mesma categoria profissional comunicar mais uns com os outros; o efeito da hierarquia, geralmente com o Médico a ocupar a posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipa multidisciplinar.

Acresce ainda que, a literatura tem enfatizado a rigidez da hierarquia, por não permitir criar um canal de comunicação efetivo com os diferentes níveis hierárquicos, pois não proporciona a partilha das necessidades e os erros não são expostos claramente pelos profissionais.

Para que a comunicação estabelecida seja válida é necessário que ocorra um investimento relacional por parte de todos os profissionais de saúde. A expectativa de sucesso da informação fornecida será tanto mais elevada quanto mais explorada for a realidade (Laskin, 2010). Desta forma, é necessário que cada profissional invista na sua formação, utilizando estratégias eficazes para uma comunicação plena.

De acordo com Nunes (2016), uma comunicação que é quase inexistente ou difícil não se torna melhor só para ser dada uma má notícia. O nosso zelo pela comunicação devia ser constante, para que, quando as más notícias são o conteúdo, tudo o resto necessário pudesse estar mais assegurado, possibilitando que o profissional de saúde aja sempre no sentido do melhor interesse da pessoa.

Para as habilidades em comunicação serem fortalecidas, é fundamental a implementação de programas de desenvolvimento de competências comunicacionais em saúde. Estudos revelam que os profissionais de saúde requerem a aquisição e aprofundamento de estratégias de comunicação para utilizar com os utentes e família (Brás e Ferreira, 2016).

Perante o descrito anteriormente, é possível afirmar que é essencial que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias para comunicar más notícias e que obtenham formação específica neste domínio. Deste modo, poder-se-á contribuir para que este processo decorra de melhor forma para o utente/família e para a equipa multidisciplinar, e assim obter mais qualidade na comunicação em saúde.

2.2. Estratégias em Comunicação de Más Notícias

A arte da comunicação de más notícias exige aprendizagem. Neste sentido, foram desenvolvidos alguns protocolos que visam, essencialmente, estabelecer um conjunto de etapas sequenciais que devem ser implementadas de forma a facilitar a comunicação da má notícia e a diminuir o seu impacto negativo no utente e família.

Em 1994, Buckman criou um protocolo de ação para a transmissão de más notícias. Este protocolo descreve considerações importantes para ajudar a aliviar angústia, tanto para a pessoa que recebe a notícia, como para os profissionais de saúde que a partilham. O protocolo *SPIKES* é constituído por seis passos, sendo que cada letra representa uma fase de sequência (Buckman, 2001; Pereira, 2008; Pereira, Fortes e Mendes, 2013).

Este protocolo, desenvolvido por vários autores, é uma técnica de comunicação que visa facilitar o fluir da informação. De seguida, iremos esquematizar por passos o protocolo baseado na interpretação de Baile [*et al.*], citado por Sequeira (2016).

1º Passo – S (*Setting*) – planejar a entrevista e preparar o ambiente.

É necessário reunir toda a informação disponível do utente e da sua situação. O profissional de saúde deve avaliar o nível de conhecimento que possui acerca da situação, a doença ou contexto, as suas expectativas, bem como a capacidade para transmitir más notícias. Assim, deve proporcionar-se um ambiente acolhedor, sem ruídos, sem a possibilidade de interrupções, respeitando a privacidade. Neste momento deve-se incluir os membros da família se os utentes assim o desejarem.

2º Passo – P (*Perception*) – avaliar a perceção da pessoa em relação à situação.

Na maior parte dos casos, o utente já possui algum tipo de informação sobre a situação em análise, por isso é importante avaliar o que lhe foi dito, a veracidade dessa informação, o nível de compreensão sobre o assunto, as expectativas, as implicações, o estado emocional, etc. A extensão dos conhecimentos e sentimentos do utente podem ser avaliados através de questões abertas e pela observação da linguagem não-verbal do mesmo, como por exemplo, a postura, a expressão facial, o tom de voz, entre outros.

3º Passo – I (*Invitation*) – convidar a falar e identificar o que pretende saber.

Esta é a etapa em que os utentes e os seus familiares são questionados diretamente sobre o que querem saber. A maioria quer receber a informação real sobre a sua situação, contexto, doença, prognóstico, consequências, etc. no entanto, cada um pretende um nível de especificidade de informação diferente, pelo que se deve responder em função das necessidades (por exemplo, há quem não queira conhecer os detalhes ou eventuais implicações futuras).

4º Passo – K (*Knowledge*) – transmitir a informação gradualmente.

A informação deve ser transmitida de forma clara, de acordo com as necessidades e desejos de cada utente e seus familiares. Deve-se evitar linguagem técnica e utilizar termos de fácil compreensão. A informação deve, também, ser organizada em função da sua gravidade e da ansiedade que pode provocar, sendo fundamental transmiti-la de forma gradual, fazendo pausas com frequência, prestando atenção à reação de quem a recebe, de modo a avaliar se este compreendeu a informação transmitida e esclarecer eventuais dúvidas. É importante certificar se o utente e a sua família entenderam o que foi dito e se eles precisam de esclarecimentos adicionais. Após a

transmissão da má notícia, deverá ser dado o tempo para o utente e a sua família interiorizarem a informação e colocar novas dúvidas.

5º Passo – E (*Explore Emotions*) – permitir a expressão de emoções e apoiar.

A chave para uma resposta empática está em reconhecer as emoções e reações do utente e sua família durante a transmissão da má notícia e responder a elas de forma adequada. Assim, deve permitir-se a expressão de emoções, identificando e observando as mais prevalentes, fornecendo o suporte possível e adequado, de modo a tranquilizar o utente e a família.

6º Passo – S (*Strategy and Summary*) – apresentar uma estratégia de intervenção e planear o futuro.

No que se refere ao plano de intervenção, uma má notícia não tem apenas impacto no presente, uma vez que tem sempre repercussões no futuro, daí ser fundamental elaborar um plano orientador a nível de procedimentos. Desta forma, deve verificar-se se o utente e família estão em condições de receber mais informação e preparar os passos seguintes, apresentando as alternativas possíveis. Deve, assim, promover-se uma esperança realista, ajudar a desenvolver um plano de ação, principalmente a curto prazo, estabelecer metas concretas, validar se toda a dinâmica foi compreendida e encaminhar para ajuda especializada, se necessário.

Estes seis passos pretendem constituir uma ajuda para o profissional de saúde, mas é relevante mencionar e não esquecer que cada utente é único, pelo que qualquer protocolo deve ser ajustável à pessoa a quem se dirige.

Este princípio emana do estudo realizado por Pereira (2008) nesta área, afirmando não existir uma norma para comunicar más notícias, pois cada pessoa tem as suas características e a atuação do profissional de saúde deve ser adequada a cada situação. Para a mesma autora a notícia deve ser dada de forma gradativa, clara e aberta, adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pelo utente/família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões.

Watson (2008), no seu estudo também propõe algumas sugestões para comunicar más notícias e começa por enunciar que antes de se iniciar um plano é fundamental o profissional de saúde perceber quando é que a pessoa está preparada para receber a má notícia, bem como possuir uma série de informações complementares de suporte antes de iniciar a entrevista: o equilíbrio psicológico da pessoa; a gravidade da doença e evolução; apoios familiares/comunidade; crenças religiosas e o impacto emocional. A

mesma autora refere ainda a importância de após a revelação da má notícia, o utente e família receberem imediatamente apoio psicológico.

A comunicação deve minimizar o impacto negativo e ajudar o outro a lidar com a situação. Neste contexto, Sequeira (2016) no seu estudo faz uma síntese dos principais aspetos que o profissional de saúde deve atender e desenvolver como estratégia ao transmitir más notícias, sendo os seguintes:

- ✓ Avaliar o estado emocional e psicológico do utente e família;
- ✓ Transmitir a informação de forma gradual, clara e objetiva num local tranquilo;
- ✓ Avaliar a relevância da informação e que o utente quer saber;
- ✓ Ser realista, evitando a tentação de minimizar o problema;
- ✓ Não se opor à negação e aceitar as ambivalências emocionais;
- ✓ Ter atenção a linguagem verbal e não-verbal;
- ✓ Escutar mais do que falar;
- ✓ Evitar o distanciamento emocional e responder de modo a ir ao encontro dos sentimentos da pessoa;
- ✓ Não estabelecer limites nem prazos e ajudar a manter a esperança realista;
- ✓ Avaliar como o utente se sente após receber a má notícia;
- ✓ Assegurar que o utente terá suporte emocional por parte da família ou de outras pessoas de referência;
- ✓ Planear e assegurar o acompanhamento do indivíduo.

Qualquer intervenção desenvolvida pelo profissional de saúde implica que este tenha perfeito conhecimento do que é prioritário para o utente. De qualquer forma, a comunicação é transversal à prestação de qualquer cuidado, daí a sua importância e como tal constitui-se uma área de investimento pessoal e de formação para os profissionais de saúde. Deverá tornar-se uma prioridade e o aprofundamento desta área constituir um investimento seguro dos profissionais de saúde (Rego, 2009).

A literatura apresenta inúmeras estratégias para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais. No estudo de revisão realizado por Bonamigo e Destefani (2010), os autores destacam trabalhos que utilizam, como estratégia de comunicação, a dramatização, o *role player*, utentes simulados, utentes padronizados e o *workshop*.

Nos resultados do estudo de Pereira (2008), é demonstrado a evidência da importância da competência comunicacional como um aspeto essencial para a qualidade de cuidados, que conduz à relevância de investir na formação inicial e contínua dos profissionais de saúde. Neste âmbito a formação como um processo global de construção de conhecimentos e atitudes emerge como um aspeto crucial, mas, sendo

cada vez maiores os desafios, é necessário que os locais de trabalho também se assumam como espaços privilegiados para a construção do saber teórico e saber experimental.

Neste contexto, é salientado por Gonçalves (2013) no seu estudo, que no desenvolvimento de uma perspectiva centrada no utente e na sua família, têm sido úteis as abordagens didáticas, discussão em pequenos grupos, recurso a pessoas simuladas, observação de modelos, momentos de ensino na prática clínica, tendo como resultado competências de comunicação mais eficazes. Existem benefícios claros para os profissionais de saúde, uma vez que estas atividades e discussão com os seus pares permitem que estes reflitam sobre as suas perícias de comunicação.

Neste sentido, no trabalho de investigação de Fonseca (2012) é referido que devem existir normas válidas, éticas, praticáveis e dirigidas às necessidades dos utentes, no que concerne à comunicação de más notícias, e deste modo contribuir para a qualidade da intervenção e satisfação de utentes, familiares e profissionais de saúde. Ao aumentar o rigor dos intervenientes no processo obter-se-á contributos que favorecem a satisfação em relação aos cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Pesquisas mostram que é primordial o desenvolvimento de programas estruturados de treino de habilidades de comunicação, dos profissionais de saúde envolvidos diretamente (Médicos, Enfermeiros, entre outros) e indiretamente (Gestores, Administrativos, entre outros) com o cuidado de saúde do utente. Tais programas têm proporcionado melhorias no desempenho e comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar (Nogueira e Rodrigues, 2015).

Em suma, é fundamental a compreensão das diversas estratégias em comunicação de más notícias por parte dos profissionais de saúde, transformando o conhecimento em ação. Persiste o desafio para os profissionais de saúde de adquirirem experiências formativas na área de comunicação, que permitam o desenvolvimento de competências comunicacionais efetivas, nomeadamente na área de transmissão de más notícias.

3. COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A árdua tarefa de comunicação de más notícias deve ser adaptada a cada pessoa, de acordo com a sua individualidade, respeitando as suas necessidades e os contextos.

Em situações de urgência, em que compreensivelmente o utente e os seus familiares se sentem em estado de vulnerabilidade e angústia, é requerido pela sua própria natureza e complexidade a existência de um vasto conjunto de meios e competências para o exercício de cuidados de saúde, nomeadamente na área da comunicação e mais especificamente na transmissão de más notícias (Fonseca, 2012).

O serviço de urgência é uma área com grande demanda de procedimentos, como técnicos, científicos e administrativos, que exigem dos profissionais de saúde, conhecimentos gerais e específicos. Assim como destreza, habilidade e competência, para efetuar uma comunicação eficaz com os utentes e família.

De acordo com Núñez *et al.* (2006), a maioria das diretrizes clínicas sobre comunicação de más notícias são dirigidas principalmente aos profissionais que trabalham na área da oncologia e cuidados paliativos. Mas, os serviços de urgência têm características particulares e claramente diferentes daquelas áreas, pelo que é necessário também considerar. A principal característica é a natureza súbita e imprevista da doença e o seu resultado, a qual transporta uma grande componente emocional para a pessoa/família, o que vai influenciar necessariamente o processo comunicacional.

Neste sentido, ainda segundo o mesmo autor, é compreensível que a comunicação de más notícias nos serviços de urgência envolva uma série de dificuldades e exija um conjunto de atitudes e competências para informar adequadamente os utentes e família.

Nesta linha de pensamento, nem sempre é fácil no contexto de urgência reunir as condições ideais para a transmissão de más notícias. Pois, segundo Pereira (2008), a mesma requer uma preparação prévia, deverá ser realizada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes.

O profissional de saúde, para além de prestar cuidados diretos à pessoa, estabelece uma relação terapêutica com os seus familiares e amigos significativos a fim de conseguir minimizar alguns sentimentos emergentes, como sejam a angústia e o desespero. Estas situações podem acarretar sobrecarga emocional para o profissional envolvido, quer pela gravidade da situação quer pela situação de morte da pessoa, pelo que se deve compreender que a comunicação não deve ser um ato improvisado e que o

profissional de saúde deve ter bons conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão (Serra e Albuquerque, *in* Fonseca, 2012).

Os profissionais de saúde que prestam cuidados no serviço de urgência, precisam manter uma boa comunicação e saber ouvir, a fim de estarem a par do modo como o utente e os seus familiares vivenciam a hospitalização, a doença, o tratamento, além de conhecerem os receios, desejos e sentimentos dessas pessoas. É ainda essencial ter um bom diálogo com a equipa multidisciplinar, a fim de promover a melhor organização dos cuidados e uma assistência de qualidade (Cielo, Camponogara e Pillon, 2013).

Uma comunicação eficaz na área da saúde tem por base fundamental a humanização dos cuidados. A aplicação prática deste conceito defronta-se com uma gama de obstáculos nas unidades de urgência e emergência. A equipa multidisciplinar que atende os utentes deve possuir elevado padrão de conhecimentos técnico-científicos, o que muitas vezes culmina numa visão fragmentada do indivíduo durante o atendimento inicial, com a supervalorização da técnica em detrimento da questão relacional e da humanização. Nesse sentido, é importante salientar que as pessoas atendidas nestes serviços não são patologias ou objetos de investigação científica, são sujeitos e o motivo do tratamento que está a ser oferecido (Montezeli, *et al.*, 2009).

No estudo de Cielo, Camponogara e Pillon (2013), as autoras perceberam que a prática mecanizada e as decisões unilaterais ainda prevalecem nas instituições de saúde e, em particular, em ambientes como os serviços de urgência e emergência. Este é um local crítico, onde a conduta impessoal dos profissionais decorre, geralmente da grande demanda do serviço, e cujos utentes, não raras vezes, se encontram em situação eminente de morte. Há uma diminuição do contato verbal e não-verbal com os utentes. Os mencionados fatores, sem dúvida, geram *stress*, desgaste físico e psicológico. Tudo isto reduz as possibilidades de comunicação efetiva, tanto para o profissional quanto para o utente e família.

Neste contexto de cuidados o início do atendimento clínico, a maior parte das vezes, ocorre sem nenhuma informação prévia acerca do utente e dos seus familiares, e com pouco ou nenhum tempo de preparação para a interação. Quando esta interação ocorre, muitas vezes não há espaço adequado para tal, não sendo infrequente observar más notícias a serem comunicadas no corredor e à beira do leito (Park [*et al.*] *in* Dias, 2015).

Deste modo, a ida ao serviço de urgência representa uma experiência extremamente difícil para os utentes e familiares que, muitas vezes, se veem deparados com o diagnóstico de uma doença grave ou com a possibilidade de morte. As novas informações, que surgem com frequência de forma rápida e desordenada, levam a

sentimentos de abandono, solidão e perda do controlo emocional. Muitos utentes e familiares irão lembrar, com exatidão, das respetivas experiências de uma má notícia no serviço de urgência para o resto das suas vidas (Dias, 2015).

No entanto, as autoras Cielo, Camponogara e Pillon (2013), concluem em seu estudo que, mesmo sendo o serviço de urgência, uma unidade com particularidades no atendimento, em que há dificuldades para implementar uma eficaz comunicação, principalmente com os utentes, os profissionais de saúde possuem grandes potencialidades para desenvolver uma comunicação de qualidade na prestação dos seus cuidados. Desta forma, possuem a capacidade de transformar este serviço, que possui um quotidiano mais tenso, em um ambiente mais agradável, respeitoso, humanizado e acolhedor para todos os envolvidos.

Esta conclusão vai de encontro ao referido por Dias (2015) no seu trabalho de investigação, ao mencionar que apesar de todos os obstáculos, as crises que levam os utentes e familiares ao serviço de urgência constituem uma oportunidade para uma autêntica interação. É de extrema importância que o treino da habilidade de comunicar más notícias em ambiente de urgência e emergência, assim como os protocolos adotados, contemplem o cenário de incerteza que se observa nos atendimentos, a rapidez com que os quadros clínicos evoluem e os intensos encontros que ocorrem entre profissionais de saúde e familiares.

Por tudo o exposto neste capítulo, podemos afirmar que no serviço de urgência a comunicação de más notícias adquire aspetos únicos e próprios face à dinâmica deste ambiente. A vertente de urgência é uma das áreas mais diferenciadas, implica um conhecimento teórico e o desenvolvimento de competências comunicacionais para uma concretização de qualidade na comunicação de más notícias.

CAPÍTULO II

Percurso Metodológico

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de investigação (Fortin, 2009).

Neste sentido, procura-se com os processos de investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e uma capacidade de análise crítica sustentada, com o objetivo do desenvolvimento e crescimento profissional ao qual a enfermagem não fica indiferente. Ao equacionar aquilo que se faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas. Logo, a investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (Martins, 2008).

O percurso metodológico é uma fase decisiva e fundamental num trabalho de investigação, pois a escolha de uma metodologia adequada ao estudo permite alcançar os objetivos propostos, dando validade científica ao mesmo.

Neste capítulo, procede-se então à descrição do percurso metodológico que orientou este estudo, desde a problemática aos objetivos da investigação, o tipo e o contexto de estudo, a população e a amostra, o procedimento de recolha e análise de dados, assim como as considerações éticas subjacentes.

4. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS

A investigação parte do emergir de um problema, de uma situação perturbadora que causa uma dificuldade, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 2009).

Um problema de investigação está relacionado com uma situação que requer uma solução, uma modificação ou ser melhorada. Desta forma, como temos vindo a expor, a comunicação de más notícias no serviço de urgência contínua a ser uma problemática para os profissionais de saúde.

A comunicação de más notícias é uma constante no quotidiano dos profissionais de saúde, no entanto continua a ser uma tarefa difícil, rodeada de imensos fatores intrínsecos e extrínsecos aos intervenientes que interferem no processo comunicacional.

Comunicar, só por si, é complexo, mas a situação torna-se mais difícil quando a informação que se pretende transmitir é uma má notícia, ou seja, uma notícia que acarreta impacto negativo na vida da pessoa, nos seus planos de vida e perspectivas de futuro. Esta matéria tem suscitado especial atenção na saúde, em muitas áreas da prestação de cuidados. O paradigma da relação entre o profissional de saúde e o utente tem vindo a mudar e é reconhecido que é preciso desenvolver competências na relação e comunicação (Nunes, 2016).

Assim, este estudo surge da convicção de que é possível encontrar novas respostas para problemas já existentes através da investigação, e contribuir assim para alterar e melhorar os processos de comunicação nos cuidados de saúde. Para tal, pretende-se obter um conjunto de dados que permitam traçar uma visão desta questão e definir linhas orientadoras, para o desenvolvimento de competências em comunicação de más notícias, em contexto de serviço de urgência, por parte dos profissionais de saúde, com vista a contribuir para uma conduta mais eficaz e de excelência.

Pelo exposto e pela consciência inequívoca das dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde perante a comunicação de más notícias em contexto de urgência, serviço onde exercemos a nossa atividade profissional, consideramos a investigação no âmbito desta temática pertinente.

Neste sentido, surgiu este estudo que tem como objetivo **compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência**.

Para dar resposta a este objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o que significa uma má notícia para os profissionais de saúde em contexto de serviço de urgência;
- Caracterizar o tipo de má notícia comunicada aos utentes/familiares pelos profissionais de saúde em contexto de serviço de urgência;
- Descrever as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias no serviço de urgência;
- Identificar o modo como os profissionais de saúde comunicam as más notícias no serviço de urgência;
- Identificar os fatores dificultadores e facilitadores da comunicação de más notícias em contexto de serviço de urgência;

- Identificar as estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde para a comunicação de más notícias em contexto de serviço de urgência.

Perante a problemática e os objetivos traçados para o estudo, foram traçadas as decisões metodológicas adequadas à sua concretização e que seguidamente apresentamos.

5. TIPO DE ESTUDO

Dada a problemática deste estudo e os objetivos que pretendemos atingir sustentamos a investigação no paradigma qualitativo, com carácter exploratório e descritivo, pois pretendemos explorar e descrever o processo de comunicação de más notícias ao utente/família no serviço de urgência.

A investigação qualitativa está centrada na forma como os indivíduos compreendem, interpretam e dão sentido à vida, às experiências e ao meio onde estão inseridos (Queirós e Albuquerque, 2001). Assim, Teixeira (2005) sugere que o objetivo da investigação qualitativa está ao nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se podem expressar pela linguagem comum.

O investigador qualitativo de acordo com Fortin (2009) deve ambicionar uma perceção total do fenómeno em estudo, sem o controlo de variáveis, pois os seus objetivos são descrever e interpretar e não avaliar.

Optámos pela realização de um estudo de caso, uma vez que permite obter informação detalhada sobre um fenómeno novo, e ainda, a possibilidade de extrair ideias e levantar hipóteses (Fortin, 2009).

Segundo Araújo *et al.* (2008) o estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Por outro lado, depara-se com o limite de os resultados não poderem ser generalizados à população, ou seja, os resultados de um estudo servem para a interpretação e para a aplicação de princípios genéricos em casos semelhantes (Fortin, 2009).

Neste contexto, este estudo é também exploratório descritivo, pois como refere Fortin (2009) visa obter novos conhecimentos, pela descrição, comparação e classificação de observações relativas de certos conceitos.

6. O CONTEXTO DO ESTUDO

O local eleito para a realização do estudo foi um serviço de urgência polivalente de um hospital da região norte do país.

A seleção deste SU é consequente ao facto de desenvolvermos a atividade profissional no mesmo, possuindo deste modo conhecimento efetivo não só da realidade em questão como das necessidades sentidas e/ou expressas pelos profissionais de saúde. Por outro lado, facilita a acessibilidade ao contexto e como tal o desenvolvimento do estudo.

Os serviços de urgência polivalente são o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, localizando-se, em regra, num hospital central/centro hospitalar. O SU selecionado está vocacionado para o atendimento à pessoa em situação crítica, possuindo para as 24 horas recursos humanos, técnicos e físicos adequados à função que lhe está atribuída.

A equipa de enfermagem é heterogénea, no momento da colheita de dados, era composta por 101 elementos de ambos os géneros, 6 dos quais especialistas em enfermagem (de Saúde Mental e Psiquiátrica, de Saúde Infantil e Pediátrica, de Reabilitação e de Médico-Cirúrgica), conta ainda com uma Enfermeira chefe também especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Apesar de apenas 6 Enfermeiros serem reconhecidos pelo hospital como especialistas, cerca de 1/3 da equipa de enfermagem deste serviço de urgência já se encontra especializada, ou em vias de obter a sua especialização.

A equipa Médica no SU em estudo não é fixa como a de Enfermagem, existem 8 equipas Médicas que, rotativamente prestam assistência. Cada uma destas equipas é composta por um chefe e vários Médicos das especialidades de Medicina, Cirurgia, Medicina Geral e Familiar, Ortopedia, Cardiologia, Nefrologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Maxilo-Facial, Urologia, Oftalmologia, Hematologia, Neurologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Gastrenterologia e Doenças Infeciosas. Assim, é difícil apresentar com exatidão o número total destes profissionais neste serviço, sendo que são, sem dúvida, superiores a 100 elementos.

No que se refere aos familiares e acompanhantes, um elemento da família ou pessoa significativa acompanha normalmente o utente durante a estadia no SU, podendo em função das necessidades assistenciais e da condição do utente, esperar ou ser convidado a esperar na sala de espera (à entrada no SU) ou noutros locais existentes no interior do mesmo para o efeito.

7. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na perspectiva de Fortin (2009), população são todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. A amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo.

Assim sendo, a população deste estudo é constituída pelos profissionais de saúde, Enfermeiros e Médicos a exercerem a sua atividade no serviço de urgência referenciado anteriormente.

Para a seleção da amostra, utilizou-se uma técnica de amostragem não probabilística accidental, isto é, a amostra é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso (Fortin, 2009).

Neste sentido, para selecionar a amostra definimos os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros e Médicos com experiência profissional superior a 2 anos no SU;
- Desempenhar a atividade profissional em contato direto e permanente com os doentes SU.

Foram excluídos do estudo os Enfermeiros e Médicos que se encontravam fora do serviço por ausências prolongadas, nomeadamente férias, doença ou licença de maternidade/paternidade.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, obtivemos uma amostra constituída por 113 profissionais de saúde, nomeadamente, 56 Enfermeiros e 57 Médicos.

8. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Em função da temática e dos objetivos delineados para este estudo, consideramos que o método mais adequado para a recolha de dados seria o questionário.

De acordo com Tuckman (2000), o questionário é utilizado pelos investigadores, para transformar em dados a informação recolhida mediante interrogação de pessoas e não as observando ou recolhendo amostras do seu comportamento.

Este tem a vantagem de poder ser respondido quando e onde o sujeito escolher e a possibilidade de o fazer com mais privacidade, permitindo-lhe uma maior reflexão, visto que não é necessária a presença do investigador para o preenchimento (Fortin, 2009).

A construção do questionário (**Apêndice 1**) teve por base os objetivos do estudo, o questionário construído por Gonçalves (2013) na sua tese de mestrado, “*Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a (Bio)ética na relação – Um estudo exploratório*”, com a devida autorização da autora para o efeito (**Apêndice 2**), e a bibliografia existente sobre o tema.

O questionário integra questões fechadas com uma escala ordinal tipo *Likert*, que contém cinco pontos (codificadas de “0” a “5”; 0 - Não quer responder; 1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Algumas vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre), questões de escolha múltipla, uma questão dicotómica e quatro questões de resposta aberta.

No quadro 1, que se segue, faremos uma breve relação entre as questões do questionário e os objetivos específicos do estudo, a qual deram resposta.

Quadro 1 – Relação entre as questões do questionário e os objetivos específicos

Questões do Questionário	Objetivos Específicos
1	Perceber o que significa uma má notícia para os profissionais de saúde em contexto de SU;
2	Caracterizar o tipo de má notícia comunicada aos utentes/familiares pelos profissionais de saúde em contexto de SU;
3; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12	Conhecer as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias no SU;
4; 17	Conhecer o modo como os profissionais de saúde comunicam as más notícias no SU;
13; 14	Identificar os fatores dificultadores e facilitadores da comunicação de más notícias em contexto de SU;
15; 16	Identificar as estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde para a comunicação de más notícias em contexto de SU.

Realizamos o pré-teste junto de 10 Enfermeiros e 10 Médicos, que não integravam a amostra do estudo, com o intuito de verificar a compreensão, clareza, objetividade, pertinência das questões face aos objetivos, assim como o tempo de preenchimento. Depois de realizado, asseguramos a validade do questionário e o mesmo não sofreu alterações significativas.

A aplicação dos questionários para a colheita de dados foi realizada, após autorização do conselho de administração da instituição (**Anexo 1**), entre os meses de Junho e Julho de 2016, e com prévia informação da Enfermeira Chefe e da Diretora Clínica do serviço em estudo.

Acrescentamos ainda, que os questionários foram, na medida do possível, distribuídos e recebidos em mão pelo investigador principal, tendo o mesmo reforçado os esclarecimentos necessários para além dos explícitos no documento de informação entregue aos participantes do estudo (**Apêndice 3**).

9. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

O tratamento e análise de dados constituem o cerne de qualquer trabalho de investigação, com a qual se constrói a interpretação teórica do fenómeno em estudo, segundo a perspectiva dos participantes.

Os dados obtidos através das questões fechadas foram analisados pela estatística descritiva simples, recorrendo a frequências absolutas e relativas. O processamento dos dados foi realizado através do programa informático *Statistical Package for The Social Science (SPSS)* versão 22.

A questão fechada número 17 do questionário, que se refere ao modo como os profissionais de saúde comunicam uma má notícia, integra um conjunto de afirmações sustentadas no protocolo de Buckman (2001) e cuja análise foi realizada por score, sendo que este é a pontuação atribuída por cada participante em cada afirmação. Os scores possíveis para cada uma das afirmações situavam-se entre 0 a 5, em que o 0 corresponde ao “Não quer responder”, o 1 ao “Nunca”, o 2 ao “Raramente”, o 3 ao “Algumas Vezes”, o 4 ao “Quase Sempre”, e o 5 ao “Sempre”. Logo, as frequências absolutas e relativas obtidas da análise dos dados desta questão são referentes ao total por score.

Os dados retirados das questões abertas foram analisados de acordo com os princípios da técnica de análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin. Para esta autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2011). A mesma autora refere ainda, que o intuito da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção. Assim, o investigador utiliza o tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio.

A metodologia e técnica de análise de conteúdo contempla etapas sequenciais, que devem ser devidamente seguidas pelo investigador e são as seguintes: a organização

da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações (*ibidem*).

No que se refere a cada uma das etapas, sucintamente, a fase de organização da análise corresponde à preparação do material em torno de três eixos: a pré-análise, a exploração do material e ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase da codificação de resultados, os dados em bruto são transformados e agregados em unidades, permitindo uma representação do conteúdo ou da expressão do mesmo, possibilitando uma descrição exata das características pertinentes desse conteúdo.

A fase da categorização, é realizada a escolha de categorias (classificação e agregação). Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. No processo de escolha de categorias adotam-se os critérios semânticos (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Este processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde se divide os elementos e impõem-se organização).

A etapa seguinte, reporta-se à inferência, que segundo a autora (*ibidem*) é orientada por diversos pontos de atenção, ou seja, pontos de comunicação (emissor recetor, mensagem e canal). Após esclarecimentos sobre os pontos de comunicação descobrem-se novos temas e dados. Assim, surge a necessidade de se comparar enunciados e ações entre si, com intuito de averiguar possíveis unificações. Em contrapartida, quando os temas encontrados são diferentes, cabe ao pesquisador encontrar semelhanças que possam existir entre eles. As interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados.

Percorridos todos estes passos da análise de conteúdo das questões abertas, emergiram um conjunto de categorias, subcategorias e sub-subcategorias, que se encontram expressas nos quadros síntese (**Apêndice 4**).

De forma a ser mais fácil o tratamento de dados, bem como garantir o anonimato dos participantes, os questionários foram numerados e codificados, os dos Enfermeiros com a letra “E” e dos Médicos com a letra “M”.

10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer acção humana pressupõe à pessoa que a realiza, a consciência das implicações éticas que poderão dela advir da mesma. A investigação não é excepção, e o investigador que a realiza deve consciencializar-se que, uma investigação efectuada a seres humanos tem obrigações e responsabilidades, pelas questões morais e éticas, que pode suscitar e que requerem uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos envolvidos (Fortin, 2009).

A investigação sempre que envolve seres humanos deve respeitar cinco direitos fundamentais, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e ao consentimento informado (Fortin, 2009).

No sentido de respeitarmos todos estes princípios, inicialmente foi formalizado um pedido de autorização para realização do estudo de investigação ao gabinete coordenador de investigação do departamento de ensino, formação e investigação da instituição seleccionada. Que, por sua vez, o encaminhou para análise da comissão de ética para a saúde (**Anexo 2**), da direcção de enfermagem, bem como pela direcção clínica (**Anexo 3**), tendo sido obtido parecer favorável à realização do mesmo.

No que diz respeito aos participantes no estudo, tivemos em consideração a participação voluntária, após esclarecimento dos aspetos considerados importantes e perante a existência de questões que foram respondidas, respeitando sempre o princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade.

Foram informados do direito de recusa no preenchimento do questionário em qualquer momento, sem que existisse qualquer consequência. Para este propósito, elaboramos um termo de consentimento informado (**Apêndice 5**) baseado nos princípios éticos de pesquisa em investigação e que refletem o evidenciado anteriormente.

Os questionários foram identificados através de um código, referido no ponto anterior, o qual foi posteriormente utilizado na construção da base de dados. Tendo em conta estes princípios orientadores, fomos rigorosos na redação do relatório de investigação, mantendo a fidelidade em relação aos resultados obtidos e às conclusões apresentadas, evitando qualquer tipo de referência que permitisse identificar os participantes do estudo.

Desta forma, consideramos que a nossa postura se pautou pelo respeito de todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

CAPÍTULO III

Apresentação e Análise dos Dados

Neste capítulo, é nosso objetivo apresentar e analisar os dados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha construído para o efeito.

Começamos por apresentar a caracterização da amostra e posteriormente os dados que surgem inerentes ao objeto de estudo.

Neste sentido, para uma melhor estruturação e compreensão do processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência, a apresentação nortear-se-á pelo foco dos objetivos específicos do estudo: significado de má notícia; tipo de má notícia; as práticas dos profissionais de saúde; o modo de comunicar dos profissionais de saúde; fatores dificultadores e facilitadores; estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde.

11. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram neste estudo Enfermeiros e Médicos, que no total perfazem uma amostra de 113 profissionais de saúde.

Os participantes no estudo foram caracterizados relativamente à distribuição por grupo profissional, o género, à idade, às áreas de especialidade, ao tempo de exercício profissional e ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência.

Tabela 1 – Distribuição por grupo profissional

	N	%
Enfermeiro	56	49,6%
Médico	57	50,4%
Total	113	100,0%

Conforme referimos e observamos na tabela 1, participaram neste estudo 113 profissionais de saúde, dos quais 49,6% são Enfermeiros e 50,4% são Médicos.

Há, portanto, um razoável equilíbrio entre o número dos diferentes grupos profissionais presentes na amostra.

Tabela 2 – Distribuição por género

	N	%
Masculino	45	39,8%
Feminino	68	60,2%
Total	113	100,0%

No tocante ao género, verificamos na tabela 2 que 60,2% dos profissionais de saúde que responderam ao questionário são do género feminino, e os restantes 39,8% do género masculino.

Tabela 3 – Distribuição por idade

	Idade
Média	34,04
Mediana	32,00
Mínimo	26
Máximo	59
Percentis 25	30,00
50	32,00
75	35,00

Relativamente à idade observamos que a idade média situa-se nos 34,04 anos, com o profissional de saúde mais novo a ter 26 anos e o mais velho 59 anos (tabela 3).

Observamos ainda que 25% dos profissionais de saúde participantes têm 30 anos ou menos, 50% têm 32 anos ou menos e 25% têm 35 anos ou mais.

No que se refere às especialidades dos profissionais de saúde, dividimos a apresentação pelos dois grupos profissionais.

Assim, seguidamente apresentamos na tabela 4 as especialidades presentes nos 56 Enfermeiros e a tabela 5 referente às especialidades dos 57 Médicos que constituem a amostra.

Tabela 4 – Distribuição dos Enfermeiros por especialidade

	N	%
Não possui especialidade	35	62,5%
Enfermagem Médico-Cirúrgica	13	23,2%
Enfermagem de Reabilitação	5	8,9%
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	3	5,4%
Total	56	100,0%

Ao nível da especialidade dos Enfermeiros, verificamos que mais de metade (62,5%) não possui qualquer especialidade, sendo que, 23,2% possuem a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, 8,9% em enfermagem de reabilitação, e 5,4% detêm a especialidade em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (tabela 4).

Tabela 5 – Distribuição dos Médicos por especialidade

	N	%
Medicina Interna	29	50,9%
Cirurgia Geral	10	17,5%
Ortopedia	6	10,5%
Neurologia	3	5,3%
Cardiologia	2	3,5%
Medicina Geral e Familiar	2	3,5%
Urologia	2	3,5%
Doenças Infeciosas	1	1,8%
Gastrenterologia	1	1,8%
Otorrinolaringologia	1	1,8%
Total	57	100,0%

No que concerne aos Médicos, observamos que a maioria (50,9%) possui a especialidade em medicina interna, 17,5% são especialistas em cirurgia geral, 10,5% em ortopedia e 5,3% em neurologia. E com a mesma percentagem (3,5%) possuem respetivamente, a especialidade em cardiologia, em medicina geral e familiar e em urologia.

No que diz respeito à especialidade em doenças infecciosas, em gastrenterologia e em otorrinolaringologia surge respetivamente um Médico (1,8%).

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais por tempo de exercício

Tempo de exercício profissional	
Média	10,06
Mediana	8,00
Mínimo	2
Máximo	36
Percentis	25
	50
	75
	6,00
	8,00
	11,00

Ao analisar a tabela 6, podemos observar que o tempo de exercício profissional dos participantes varia entre o mínimo de 2 anos, que era um dos critérios exigidos e o máximo de 36 anos, com uma média de 10,06 anos de exercício profissional.

É, de salientar, ainda que 25% dos profissionais de saúde trabalham há 6 anos ou menos, 50% dos mesmos há 8 anos ou menos, e 25% dos profissionais há 11 anos ou mais.

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais por tempo de exercício no serviço de urgência

Tempo de exercício profissional no serviço de urgência	
Média	8,96
Mediana	7,00
Mínimo	2
Máximo	36
Percentis	25
	50
	75
	5,00
	7,00
	11,00

No que respeita ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência (tabela 7), este varia também entre um valor mínimo de 2 anos e um máximo de 36 anos, com um valor médio de 8,96 anos.

Trabalham no serviço de urgência há 5 anos ou menos 25% dos profissionais de saúde participantes, há 7 anos ou menos 50% dos mesmos, e ainda 25% dos profissionais trabalham no serviço de urgência há 11 anos ou mais.

12. A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os resultados que seguidamente são apresentados focam-se no processo de comunicação de más notícias no contexto específico do serviço de urgência, e estão organizados conforme já referido pelo foco dos objetivos específicos.

12.1. Significado de Má Notícia

Para percebermos o significado de má notícia em contexto do serviço de urgência para os profissionais de saúde colocamos uma questão aberta, cujas respostas foram analisadas à luz da análise de conteúdo. Desta análise resultou um conjunto diverso de categorias (tabela 8) reveladoras do significado atribuído, nomeadamente: Doença; Gerador de sentimentos; Notícia com impacto negativo na vida pessoal e familiar; Mau prognóstico; Morte; Internamento; Tarefa difícil; Evento adverso inesperado; Demora na realização de exames; Inerente à prática profissional; Necessidade de intervenção cirúrgica urgente; Situação de fase terminal; Transferência de um utente; Recusa de transporte.

Tabela 8 – Significado de má notícia

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo		Total
		Enfermeiro	Médico	
Doença	Crónica	5	1	6
	Súbita	11	4	15
	Oncológica	6	6	12
	Incapacitante	6	2	8
	Grave	2	4	6
	Causa constrangimento social	0	1	1
	Agravamento de doença pré-existente	3	1	4
Gerador de sentimentos	Stress	6	1	7
	Impotência	2	0	2
	Sofrimento	3	0	3
	Angústia	3	1	4
	Desconforto	1	0	1
	Desânimo	1	0	1
	Desgaste emocional	1	5	6
	Perda	1	0	1
Notícia com impacto negativo na vida pessoal e familiar	Tristeza	3	0	3
		13	15	28
Mau prognóstico		8	20	28
Morte	Súbita	4	1	5
	Sem especificar	12	8	20
Necessidade de Internamento	Na urgência	1	1	2
	Sem especificar	6	11	17
Tarefa difícil		6	8	10
Evento adverso inesperado		2	8	10
Demora na realização de exames		2	2	4
Inerente à prática profissional		0	4	4
Necessidade de intervenção cirúrgica urgente		0	3	3
Situação de fase terminal		0	3	3
Transferência de um utente		1	0	1
Recusa de transporte		0	1	1

Analisando a tabela anteriormente exposta, podemos observar que para ambos os grupos profissionais (Enfermeiros e Médicos) a **doença** surge quase sempre associada às más notícias, sobretudo quando é *súbita* (15), *oncológica* (12), *incapacitante* (8), *crónica* (6), *grave* (6), ou ainda por *agravamento de doença pré-existente* (4), e por fim, surge um acontecimento que *causa constrangimento social* (1), como se pode ver nos seguintes excertos:

“Comunicar uma notícia, significa comunicar agravamento de alguma patologia já diagnosticada, um diagnóstico de novo, (...)” (E6);

“Em contexto de urgência, a comunicação de uma doença/cancro até então desconhecida, tem impacto negativo sem previsões para o futuro.” (E17);

“Quando se faz o diagnóstico de uma doença (exemplo neoplasia) que se desconhecia ou não estava previsto.” (E31);

“(...) Doença aguda que pode ser fatal, em pessoa saudável. Na realidade, informar qualquer pessoa que tem uma doença é uma má notícia (...)” (M59);

“Doença não conhecida, diagnosticada no serviço de urgência com evolução desfavorável a curto prazo.” (M62);

“Muitas vezes se me contexto de doença súbita, o que faz com que as famílias não estejam preparadas e seja mais difícil dar uma má notícia (...)” (M86).

Outro significado referido pelos participantes para uma má notícia no contexto de serviço de urgência foi a mesma ser um acontecimento **gerador de sentimentos**, como o *stress* (7), *desgaste emocional* (6), e *angústia* (4). Os Enfermeiros acrescentaram ainda que estas situações despoletam sentimentos de *sofrimento* (4), *tristeza* (3), *impotência* (2), *desconforto* (1), *desânimo* (1), e ainda *perda* (1), para ambas as partes.

Seguem-se alguns excertos reveladores deste significado:

“Qualquer informação que se traduza em angústia, tristeza, desânimo para o utente e/ou família/pessoa(s) significativa(s).” (E30);

“(...) Momento potencialmente desgastante e exigente a nível emocional.” (E44);

“É um momento de tensão para mim e um momento de tristeza, fragilidade e muitas vezes surpresa para o utente/família.” (E52);

“(...) uma situação que envolve desgaste emocional e consumo de tempo, em condições adversas” (M82);

“É um momento com grande carga emocional para o recetor e requer algum tato para quem a fornece.” (M84);

“Um momento delicado e stressante, porque frequentemente surge num primeiro contacto com o doente e família num ambiente hostil, onde a comunicação nem sempre é a mais eficaz.” (M95).

Para 28 dos participantes (13 Enfermeiros e 15 Médicos), má notícia significa uma **notícia com impacto negativo na vida pessoal e familiar**, e para igual número, mas com diferenças nos grupos profissionais (8 Enfermeiros e 20 Médicos) a má notícia em contexto de serviço de urgência é associada a um **mau prognóstico**. Opiniões que se traduziram em afirmações como as seguintes:

“Fornecer uma notícia que vá influenciar a vida do utente/família de uma forma negativa.” (E3);

“(...) toda a informação que é transmitida ao doente e família que leve a uma mudança negativa na vida da pessoa e na forma como encara o futuro.” (E42);

“Uma má notícia em contexto de serviço de urgência poderá ser a nível clínico, como situações de mau prognóstico (...).” (E19);

“Tudo o que tenha impacto negativo físico e/ou psicológico para o doente e/ou família.” (M60);

“Em urgência, má notícia é a comunicação de factos, diagnósticos, decisões médicas ou aspetos particulares da doença ou do seu seguimento, que possam ter impacto negativo no estado emocional, físico e noção de qualidade de vida, tando do próprio doente, como das pessoas que habitualmente convivem com ele.” (M110);

“Notícia que dita ou confirma um prognóstico mais desfavorável que as expetativas prévias do doente (...).” (M53).

A **morte** surge também com o significado atribuído à má notícia em contexto de serviço de urgência, principalmente quando a mesma é *súbita* e os profissionais têm que a transmitir aos familiares do utente, como é visível pelas seguintes frases: *“Algo inesperado, súbito, com qual o doente/familiar não está a contar como a situação de morte ou mesmo esperada.” (E21), e “(...) a morte súbita de um familiar (...).” (M113).*

Verifica-se que a **necessidade de internamento** surge também associada à má notícia para os profissionais de saúde do presente estudo, quando os mesmos referiram por exemplo: *“(...) o utente ficar internado na urgência” (E1) e “(...) internar um doente e ter de o deixar no corredor porque não há vaga em enfermarias.” (M66).*

Os Enfermeiros e Médicos consideraram ainda que a transmissão de más notícias no contexto do serviço de urgência é uma **tarefa difícil** (6 Enfermeiros e 8 Médicos), expressando esta opinião da seguinte forma:

“Significa o desempenho de uma tarefa difícil, pois envolve emoções e a resposta do utente/família pode ser muito diversa.” (E2);

“Situação de difícil gestão quer pela falta de condições do espaço físico, quer pela falta de disponibilidade mental/emocional em que se trabalha, quer pela instabilidade emocional/fragilidade dos familiares e doentes.” (M81);

“É uma situação difícil de gerir no serviço de urgência, pela elevada carga emocional que acarreta, num serviço onde a disponibilidade dos profissionais (em termos de “tempo” dedicado a cada doente), não é o ideal.” (M90).

Embora com menos expressividade foi atribuído à má notícia o significado de **evento adverso inesperado**, expresso por afirmações como: *“Transmissão de um evento adverso pela qual o utente e família não estavam à espera.” (E7)*, *“No serviço de urgência, uma má notícia deve corresponder a todas as notícias que não estavam previstas de receber pelo doente.” (M74)*, e também a **demora na realização de exames**.

Para 4 Médicos existe uma associação entre a transmissão de más notícias no serviço de urgência e o facto de esta ser **inerente à prática profissional**, ao referirem: *“É indissociável da prática clínica.” (M80)*. Para 3 Médicos a **necessidade de intervenção cirúrgica urgente** também significa uma má notícia: *“(…) necessidade de cirurgia urgente.” (M56).*

Estarem perante uma **situação de fase terminal** foi também associado a transmissão de más notícias para 3 Médicos.

Por fim, um Enfermeiro associa a má notícia no serviço de urgência à **transferência de um utente** e um Médico à necessidade de **recusa de transporte**, quando afirmou *“(…) recusar pedir transporte financiado pelo governo.” (M71).*

É de referir que não responderam a esta questão 2 Enfermeiros e 3 Médicos.

Em suma, a categoria mais mencionada que revela o significado de má notícia em contexto de serviço de urgência para os participantes do estudo é a **doença**, com predominância para a *doença súbita* e a *oncológica*. Sendo, também relevante o significado atribuído em outras categorias. Os profissionais de saúde consideram que a má notícia é um **acontecimento gerador de sentimentos**, prevalecendo o *stress* e o *desgaste emocional*. Referem, ainda que é uma **notícia com impacto negativo na vida pessoal e familiar** e consideram uma má notícia a comunicação de um **mau prognóstico** e/ou **morte**.

12.2. Tipo de Má Notícia

Para caracterizarmos o tipo de má notícia mais frequentemente comunicada, no contexto de serviço de urgência, colocou-se outra questão aberta aos participantes no estudo. Da análise de conteúdo das respostas resultaram um conjunto de categorias (tabela 9), designadamente: Diagnóstico; Morte; Mau prognóstico; Necessidade de internamento; Situação de fase terminal; Necessidade de intervenção cirúrgica urgente.

Tabela 9 – Tipo de má notícia comunicada

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo		Total
		Enfermeiro	Médico	
Diagnóstico	Doença oncológica	10	20	30
	Doença grave	4	7	11
	Doença súbita	8	2	10
	Doença crónica	3	3	6
	Doença incapacitante	2	3	5
	Agravamento da doença pré-existente	3	0	3
	Causa constrangimento social	0	1	1
Morte		35	26	61
Mau prognóstico		10	24	34
Necessidade de internamento	Na urgência	2	0	2
	Sem especificar	10	7	17
Situação de fase terminal		4	6	10
Necessidade de intervenção cirúrgica urgente		3	7	10

No que diz respeito aos tipos de má notícia que é mais frequente os profissionais de saúde comunicarem na sua prática diária (tabela 9), como seria expectável, surge o **diagnóstico** e aqui sobressaem as *doenças oncológicas* (referidas por 10 Enfermeiros e 20 Médicos), “(...) comunicar o aparecimento de neoplasias” (E3), “Diagnóstico de doença neoplásica.” (M54).

De seguida surgem as *doenças graves*, mencionadas por 4 Enfermeiros e 7 Médicos, e *súbitas* (8 Enfermeiros e 2 Médicos) com afirmações como por exemplo:

“(…) a confirmação diagnóstica de uma doença grave.” (E40);

“(…) doença súbita e imprevista.” (E11);

“Comunicar que o utente é portador de uma doença grave (...)” (M66);

“(…) doença súbita incurável.” (M64).

Outros diagnósticos foram também mencionados pelos Enfermeiros e Médicos, como a *doença crónica* (6) *“Situação clínica irreversível, como uma doença crónica.”* (M59), a *doença incapacitante* (5) *“(…) uma doença incapacitante ou com perda funcional (…)”* (E29), *agravamento da doença pré-existente* (3), e ainda um diagnóstico que *causa constrangimento social* referido por um Médico: *“Situações que causam constrangimento social por doença (exemplo a abstinência de trabalho).”* (M53).

Evidencia-se ainda outro tipo de má notícia frequentemente transmitida pelos profissionais de saúde, a **morte**, refletida em respostas como: *“O falecimento de um utente.”* (E2) e *“Morte – comunicar à família.”* (M66). Surge também com grande enfoque o **mau prognóstico** *“(…) situações de mau prognóstico (…)”* (E19), *“(…) prognóstico reservado, confirmação do pior cenário clínico.”* (M55) e a **necessidade de internamento** evidenciada através de afirmações, como por exemplo:

“O internamento de um doente no serviço.” (E12);

“Em contexto de urgência julgo que a notícia mais frequente e desagradável será a de que o doente terá que ficar internado” (E18);

“Necessidade de internamento por grave deteiorização da condição clínica.” (M55);

“A decisão médica de internamento.” (M71).

As **situações de fase terminal** foram também referenciadas por 4 Enfermeiros e 6 Médicos *“(…) o assumir de uma situação terminal e sua comunicação à família”* (E2), *“Evolução desfavorável em doentes com múltiplas comorbilidades, discussão de limitação terapêutica.”* (M81), e ainda a **necessidade de intervenção cirúrgica urgente** *“(…) a necessidade de cirurgia ou outro procedimento invasivo.”* (E16), e *“Comunicação de fraturas, com necessidade de cirurgia urgente.”* (M56).

É de salientar que não responderam a esta questão 2 Enfermeiros, um referiu não comunicar más notícias *“Não transmito uma má notícia, por achar que é competência da equipa médica”* (E105), acreditando que essa é uma competência de outro profissional de saúde, nomeadamente do Médico. Ressalta-se ainda que um Médico mencionou raramente comunicar más notícias.

Em síntese, os tipos de má notícia mais frequentemente comunicadas pelos profissionais de saúde em contexto do serviço de urgência são o **diagnóstico**, sobretudo o de *doença oncológica, grave e súbita*. E, também com grande menção a **morte** e o **mau prognóstico**, o que vai de encontro ao significado atribuído pelos profissionais à má notícia.

12.3. As Práticas dos Profissionais de Saúde

Os dados relativos à prática diária dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias no serviço de urgência foram obtidos através da resposta a um conjunto de questões fechadas do questionário.

As questões analisadas reportam para os seguintes aspetos: informações acerca da situação clínica do utente; frequência com que os profissionais de saúde informam de uma má notícia; quem deve ser o responsável pela comunicação de más notícias na perspetiva dos profissionais de saúde e quem é na prática diária; frequência com que o utente é informado de uma má notícia; importância atribuída ao direito do utente em ser informado de uma má notícia; frequência com que o utente deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia; frequência do utente ser o primeiro a receber a má notícia; dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na transmissão de uma má notícia.

A apresentação destes dados está exposta em diversas tabelas que se seguem.

É de referir, que pela pertinência dos dados, algumas das questões foram analisadas na globalidade dos profissionais de saúde, mas também em separado pelos dois grupos.

Tabela 10 – Frequência com que o utente/família pede informações acerca da sua situação clínica

	N	%
Algumas vezes	5	4,4%
Quase sempre	60	53,1%
Sempre	48	42,5%
Total	113	100,0%

Como se pode verificar na tabela 10, quando questionados sobre se é habitual serem interrogados pelos utentes/familiares para obterem informações acerca da sua situação clínica, mais de metade dos profissionais de saúde (53,1%) afirmaram que tal acontece **quase sempre**, e 42,5% afirmaram que esta situação acontece sempre.

Apenas 4,4% dos profissionais de saúde referiam ser questionados algumas vezes pelos utentes/familiares acerca da sua situação clínica.

Tabela 11 – Frequência com que os profissionais de saúde informam o utente/família de uma má notícia

	N	%
Nunca	3	2,7%
Raramente	12	10,6%
Algumas vezes	31	27,4%
Quase sempre	41	36,3%
Sempre	26	23,0%
Total	113	100,0%

Constatamos que 36,3% dos profissionais de saúde participantes revelaram informar **quase sempre** na sua prática diária o utente/família sobre o conteúdo de uma má notícia, 23% fazem-no sempre e 27,4% fazem-no algumas vezes (tabela 11).

Apenas 10,6% assinalaram que na sua prática diária raramente informam o utente/família de uma má notícia, e 2,7% referenciaram que nunca o fazem.

Tabela 12 – Frequência com que os Enfermeiros e Médicos informam o utente/família de uma má notícia

	Enfermeiro		Médico	
	N	%	N	%
Nunca	3	5,4%	0	0,0%
Raramente	12	21,4%	0	0,0%
Algumas vezes	27	48,2%	4	7,0%
Quase sempre	10	17,9%	31	54,4%
Sempre	4	7,1%	22	38,6%
Total	56	100,0%	57	100,0%

Quando analisamos a diferença de resposta entre os Enfermeiros e Médicos neste item, verificamos que quase metade dos **Enfermeiros** (48,2%) indicou que informa **algumas vezes** o utente/família sobre o conteúdo da má notícia na sua prática diária. Por sua vez, mais de metade dos **Médicos** (54,4%) indicaram que informam **quase sempre**.

Apenas os Enfermeiros mencionaram informar raramente (21,4%) ou nunca (5,4%) o utente/família do conteúdo de uma má notícia. Denota-se, ainda, que existem diferenças entre estes profissionais de saúde, pois é possível observar que 38,6% dos Médicos informam sempre, enquanto só 7,1% dos Enfermeiros o fazem.

Tabela 13 – Responsável pela comunicação de más notícias na perspetiva dos profissionais de saúde

	N	%
Equipa Multidisciplinar	73	64,6%
Médico	38	33,6%
Enfermeiro	2	1,8%
Total	113	100,0%

Na tabela 13 é possível verificar que quando questionados sobre quem deve ser o responsável pela comunicação de más notícias ao utente/família, mais de metade dos profissionais de saúde participantes (64,6%) indicaram a **equipa multidisciplinar** (Médico e Enfermeiro), seguidos por 33,6% que consideram dever ser o Médico.

Apenas 1,8% dos profissionais de saúde referiram que deve ser o Enfermeiro a transmitir a má notícia ao utente/família.

Tabela 14 – Responsável pela comunicação de más notícias na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos

	Enfermeiro		Médico	
	N	%	N	%
Equipa Multidisciplinar	37	66,1%	36	63,2%
Médico	18	32,1%	20	35,1%
Enfermeiro	1	1,8%	1	1,8%
Total	56	100,0%	57	100,0%

Analisando separadamente a perspetiva dos dois grupos profissionais, sobre quem deve ser o responsável pela comunicação de más notícias ao utente/família (tabela 14), observamos que existe um razoável consenso de opiniões entre Médicos e Enfermeiros, na medida em que 66,1% dos Enfermeiros e 63,2% dos Médicos afirmaram que deve ser a **equipa multidisciplinar**.

Apenas um Enfermeiro (1,8%) e um Médico (1,8%) acreditam que deve ser o Enfermeiro a transmitir a má notícia ao utente/família.

Tabela 15 – Responsável pela comunicação de más notícias na prática diária dos profissionais de saúde

	N	%
Médico	99	87,6%
Equipa Multidisciplinar	14	12,4%
Total	113	100,0%

Apesar da maioria dos participantes, como vemos na tabela anterior considerarem que quem deve comunicar a má notícia ao utente/família deve ser a equipa multidisciplinar (Médico e Enfermeiro), verifica-se pela tabela 15 que na prática diária isso não acontece. A maioria (87,6%), referiu que o responsável pela comunicação de más notícias ao utente/família é o **Médico**, apenas 12,4% afirmaram que na sua prática diária esta é uma responsabilidade da equipa multidisciplinar.

Tabela 16 – Frequência com que o utente/família é informado de uma má notícia

	N	%
Algumas vezes	36	31,9%
Quase sempre	60	53,1%
Sempre	16	14,2%
Não responde	1	0,9%
Total	113	100,0%

Quando questionados sobre a frequência com que o utente/família é informado sobre o conteúdo da má notícia no serviço de urgência, constata-se (tabela 16) que mais de metade dos profissionais de saúde (53,1%) mencionou que estes são **quase sempre** informados sobre o conteúdo da má notícia, e 31,9% indicaram que os utentes/famílias são algumas vezes.

Apenas 14,2% dos participantes referiram que o utente/família é sempre informado sobre o conteúdo da má notícia no serviço de urgência.

Tabela 17 – Importância atribuída ao direito de o utente/família ser informado sobre o conteúdo da má notícia

	N	%
Algumas vezes	5	4,4%
Quase sempre	26	23,0%
Sempre	82	72,6%
Total	113	100,0%

Para a maioria dos profissionais de saúde (72,6%) é **sempre** importante atender ao direito de o utente/família ser informado sobre o conteúdo da má notícia (tabela 17) e quase sempre para 23% dos participantes.

Somente 4,4% dos profissionais de saúde considera que só algumas vezes é importante o direito de o utente/família ser informado sobre o conteúdo da má notícia.

Tabela 18 – Frequência com que o utente deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia

	N	%
Raramente	1	0,9%
Algumas vezes	23	20,4%
Quase sempre	76	67,3%
Sempre	13	11,5%
Total	113	100,0%

De acordo com a experiência profissional a maioria (67,3%) dos profissionais de saúde do estudo referiram que os utentes desejam **quase sempre** ser informados sobre o conteúdo da má notícia (tabela18).

E, 20,4% mencionaram que os utentes algumas vezes desejam ser informados, e 11,5% dos participantes apontaram que os utentes desejam ser sempre informados.

Apenas 0,9% dos participantes considera que de acordo com a sua experiência profissional, raramente o utente deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia.

Tabela 19 – Frequência com que o utente que reúne condições clínicas é o primeiro a receber a má notícia

	N	%
Nunca	1	0,9%
Raramente	4	3,5%
Algumas vezes	25	22,1%
Quase sempre	48	42,5%
Sempre	35	31,0%
Total	113	100,0%

Podemos verificar pela tabela 19 que quase metade dos profissionais de saúde participantes (42,5%) referiu que quando o utente reúne condições clínicas é **quase sempre** o primeiro a ser-lhe comunicada a má notícia, e 31% afirmaram que este é sempre o primeiro a receber a má notícia.

É, de salvaguardar ainda que, 22,1% dos participantes referiu que só algumas vezes o utente é o primeiro a receber a má notícia, e 3,5% indicaram que raramente o utente é o primeiro, mesmo reunindo as condições clínicas.

Tabela 20 – Dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias ao utente/família

	N	%
Ser um diagnóstico súbito e imprevisto	70	61,9%
Tarefa difícil e complexa	49	43,4%
Incerteza quanto às reações do utente/família	47	41,6%
Receio em acabar com as esperanças do utente/família	25	22,1%
Receio em prejudicar o bem-estar do utente	25	22,1%
Inabilidade para lidar com emoções e sentimentos do utente/família	16	14,2%
Não interferir no papel de outro profissional de saúde e/ou família	16	14,2%
Falta de formação	12	10,6%
Comunicação de má notícia é competência de outro profissional de saúde	11	9,7%
Sentimento de incapacidade	9	8,0%
Outras dificuldades	6	5,3%
Inexperiência profissional	5	4,4%
Total	291	

Procuramos ainda identificar quais as dificuldades mais sentidas na prática diária pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias ao utente/família.

Como se pode observar na tabela 20, a dificuldade mais indicada, pelos participantes foi **ser um diagnóstico súbito e imprevisto** (61,9%), seguido pelo facto de ser uma **tarefa difícil e complexa** (43,4%) e pela **incerteza quanto às reações do utente/família** (41,6%).

Para 22,1% dos profissionais de saúde uma das maiores dificuldades prende-se com o receio em acabar com as esperanças do utente/família e com o receio em prejudicar o bem-estar do utente, respetivamente.

A inabilidade para lidar com emoções e sentimentos do utente/família, e não querer interferir no papel de outro profissional de saúde e/ou família, são outras das dificuldades sentidas respetivamente por 14,2% dos profissionais de saúde.

Temos ainda, 10,6% que apontaram a falta de formação como uma das maiores dificuldades sentidas, e 9,7% que referiu como dificuldade o facto de a comunicação de más notícias ser uma competência de outro profissional de saúde.

Em síntese, relativamente as práticas diárias em contexto de serviço de urgência, a maioria dos profissionais de saúde destacou o seguinte:

- ✓ **Quase sempre** o utente/família pede informações acerca da sua situação clínica;
- ✓ **Quase sempre** os mesmos informam o utente/família sobre o conteúdo de uma má notícia, no entanto, verificamos que os Enfermeiros maioritariamente apenas informam algumas vezes;
- ✓ O **Médico** é o responsável pela comunicação de más notícias, apesar de na perspetiva da maioria dos profissionais de saúde esta devia ser uma responsabilidade da **equipa multidisciplinar**;
- ✓ **Quase sempre** o utente/família é informado sobre o conteúdo da má notícia;
- ✓ É **sempre** importante atender ao direito de o utente/família ser informado sobre o conteúdo da má notícia;
- ✓ **Quase sempre** o utente deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia;
- ✓ **Quase sempre** o utente que reúne condições clínicas é o primeiro a receber a má notícia;
- ✓ As dificuldades sentidas na transmissão de más notícias ao utente/família prendem-se sobretudo com o facto de **ser um diagnóstico súbito e imprevisto**, ser uma **tarefa difícil e complexa**, e pela **incerteza quanto às reações do utente/família**.

12.4. O Modo de Comunicar dos Profissionais de Saúde

O modo como os profissionais de saúde comunicam as más notícias no serviço de urgência emergiu da análise das respostas às questões colocadas sobre qual a informação fornecida ao utente/família sobre a sua situação clínica e sobre como procedem na transmissão de uma má notícia.

Tabela 21 – Informação fornecida pelos profissionais de saúde ao utente/família sobre a sua situação clínica

	N	%
Fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família	92	81,4%
Fornece todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas	8	7,1%
Não revela qualquer tipo de informação e remete para outro profissional de saúde	6	5,3%
Outro - Fornece todas as informações solicitadas, dependendo do que o utente/família quer saber	3	2,7%
Outro - Revela a informação relativa aos cuidados de enfermagem e outras informações remete para o Médico	3	2,7
Responde laconicamente às perguntas formuladas	1	0,9%
Total	113	100,0%

Na tabela 21, observamos que relativamente à informação fornecida pelos profissionais de saúde ao utente/família sobre a sua situação clínica, a grande maioria (81,4%) **fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família**.

Surge ainda que 7,1% dos profissionais de saúde *fornece todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas* e 5,3% que afirma *não revelar qualquer tipo de informação, remetendo para outro profissional de saúde*.

Apenas 2,7% dos profissionais de saúde indicaram respetivamente que quando informam os utentes/famílias sobre a situação clínica, *fornece todas as informações solicitadas, dependendo do que o utente/família quer saber* e *revelam informação relativa aos cuidados de enfermagem e outras informações remetem para o Médico*. E, por fim, somente um profissional de saúde (0,9%) indicou que *responde laconicamente às perguntas formuladas* quando tem que informar os seus utentes/famílias sobre a sua situação clínica.

No que diz respeito a esta questão, consideramos que seria uma mais-valia para este estudo de investigação verificar e analisar as respostas dos diferentes profissionais de saúde, Enfermeiros e Médicos.

Tabela 22 – Informação fornecida pelos Enfermeiros e Médicos ao utente/família sobre a sua situação clínica

	Enfermeiro		Médico	
	N	%	N	%
Fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família	46	82,1%	46	80,7%
Fornece todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas	0	0,0%	8	14,0%
Não revela qualquer tipo de informação e remete para outro profissional de saúde	6	10,7%	0	0,0%
Outro - Fornece todas as informações solicitadas, dependendo do que o utente/família quer saber	0	0,0%	3	5,3%
Outro - Revela a informação relativa aos cuidados de Enfermagem e outras informações remete para o Médico	3	5,4%	0	0,0%
Responde laconicamente às perguntas formuladas	1	1,8%	0	0,0%
Total	56	100,0%	57	100,0%

Como se pode observar (tabela 22) a maioria dos Enfermeiros (82,1%) e dos Médicos (80,7%) partilham da mesma opinião, quando tem que informar o utente/família sobre a sua situação clínica, **fornecendo apenas a informação que consideram adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família.**

Relativamente aos **Enfermeiros**, 10,7% indicaram que *não revelam qualquer tipo de informação e remetem para outro profissional de saúde* quando têm de informar o utente/família sobre a sua situação clínica, e 5,4% dos mesmos indicaram *revelar apenas informação relativa aos cuidados de Enfermagem*. O único profissional de saúde (1,8%) que indicou responder laconicamente às perguntas formuladas quando informa o utente/família sobre a sua situação clínica é um Enfermeiro.

No que respeita aos restantes **Médicos**, 14% indicou que quando informa o utente/família sobre a sua situação clínica, *fornece todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas*, e ainda 5,3% dos mesmos indicou *fornecer todas as informações solicitadas, dependendo do que o utente/família quer saber*.

Como foi referido na descrição do procedimento de análise de dados, para perceber o modo como os profissionais de saúde comunicam as más notícias, foram colocadas um conjunto de afirmações sustentadas no protocolo de Buckman, cujos resultados se encontram expressos na tabela que se segue (tabela 23).

Tabela 23 – Procedimento que os profissionais de saúde utilizam para comunicar uma má notícia

	Não quer responder		Nunca		Raramente		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Procura averiguar que informação é que o utente/família possui antes de lhe transmitir uma má notícia.	0	0,0%	0	0,0%	2	0,8%	6	1,9%	33	5,9%	72	12,2%
Procura saber o que o utente/família quer saber antes de lhe transmitir uma má notícia.	0	0,0%	1	0,3%	6	2,4%	21	6,7%	38	6,7%	47	8,0%
Utiliza uma linguagem clara e acessível na comunicação de uma má notícia.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,3%	54	9,6%	55	9,4%
Utiliza termos técnicos e expressões de difícil compreensão na comunicação com o utente/família.	0	0,0%	31	9,9%	60	23,9%	13	4,1%	7	1,2%	2	0,3%
Procura demonstrar atenção pelo utente/família quando transmite uma má notícia.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	2,2%	40	7,1%	66	11,2%
Procura demonstrar compreensão empática.	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	5	1,6%	37	6,6%	70	11,9%
Procura demonstrar empenho e preocupação na resolução da situação do utente/família.	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	6	1,9%	51	9,1%	55	9,4%
Incute esperança após a comunicação de uma má notícia.	0	0,0%	3	1,0%	8	3,2%	50	15,9%	34	6,0%	18	3,1%
Providência suporte psicológico ao utente/família após a transmissão de uma má notícia.	2	66,7%	23	7,3%	33	13,1%	30	9,5%	19	3,4%	6	1,0%
Questiona o utente/família sobre as suas maiores preocupações, os seus medos e inseguranças.	0	0,0%	3	1,0%	8	3,2%	44	14,0%	39	6,9%	19	3,2%
Preocupa-se em respeitar a privacidade do utente/família.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	3,8%	42	7,5%	59	10,0%
Espera pelo momento mais adequado para o utente/família para comunicar a má notícia.	0	0,0%	2	0,6%	4	1,6%	22	7,0%	58	10,3%	27	4,6%
Atende chamadas telefónicas quando está a transmitir uma má notícia.	0	0,0%	97	30,9%	12	4,8%	3	1,0%	1	0,2%	0	0,0%
Procura não ser interrompido quando está a transmitir uma má notícia.	0	0,0%	2	0,6%	3	1,2%	8	2,5%	42	7,5%	58	9,9%
Comunica uma má notícia pelo telefone.	0	0,0%	44	14,0%	37	14,7%	30	9,5%	2	0,4%	0	0,0%
Recorre a eufemismos quando tem que transmitir uma má notícia.	0	0,0%	51	16,2%	38	15,1%	23	7,3%	1	0,2%	0	0,0%
Demonstra disponibilidade sempre que é solicitado pelo utente/família.	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	18	5,7%	65	11,5%	29	4,9%
Evita transmitir uma má notícia, pedindo a um colega que o faça.	1	33,3%	57	18,2%	37	14,7%	13	4,1%	0	0,0%	5	0,9%
Total	3	100,0%	314	100,0%	251	100,0%	315	100,0%	563	100,0%	588	100,0%

Observando as respostas dos profissionais de saúde verificamos que procuram **sempre** *averiguar que informação é que o utente/família possui antes de lhe transmitir uma má notícia e demonstrar atenção pelo utente/família quando transmitem uma má notícia.* Este comportamento é coerente com o facto de **nunca** *atenderem chamadas telefónicas quando estão a transmitir uma má notícia.*

É visível a preocupação com o utente/família por parte dos profissionais de saúde, na medida em que **quase sempre** *demonstram disponibilidade quando são solicitados pelo utente/família.*

Os participantes **raramente** *utilizam termos técnicos e expressões de difícil compreensão na comunicação com o utente/família e algumas vezes incutem esperança após a comunicação de uma má notícia.*

Em resumo, quanto ao modo de comunicar dos profissionais de saúde a maioria indica que **fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família.** Observamos ainda que quando comunicam más notícias se destaca que **nunca** *atendem chamadas telefónicas, raramente utilizam termos técnicos e expressões de difícil compreensão, algumas vezes incutem esperança após a comunicação, quase sempre demonstram disponibilidade quando são solicitados e sempre procuram averiguar que informação é que o utente/família possui antes de lhe transmitir uma má notícia, demonstrando atenção pelo mesmo.*

12.5. Fatores Dificultadores e Facilitadores

Neste ponto vamos apresentar os fatores dificultadores com base nos resultados de uma questão fechada e os fatores facilitadores que emergiram da análise de conteúdo de uma questão aberta. Esta última questão foi integrada por considerarmos que podia enriquecer o estudo relativamente aos fatores que podem interferir no processo de comunicação de más notícias.

Tabela 24 – Fatores dificultadores no processo de comunicação de más notícias

	N	%
Inexistência de condições físicas para o efeito	85	75,2%
Falta de disponibilidade de tempo	58	51,3%
Ausência de coordenação na equipa	35	31,0%
Excesso de informação/ansiedade por parte do utente/família	27	23,9%
Ratio utente/Enfermeiro interfere na disponibilidade de tempo	22	19,5%
Ratio utente/Médico interfere na disponibilidade de tempo	17	15,0%
Interrupções frequentes das consultas Médicas	16	14,2%
Utilização de uma linguagem técnica	15	13,3%
Interrupções frequentes das atividades de Enfermagem	14	12,4%
Atitude do familiar quando se encontra presente	12	10,6%
Representação negativa da doença pelos profissionais de saúde	4	3,5%
Outro fator	1	0,9%
Total	306	

Quando questionados sobre quais os fatores que dificultam o processo de comunicação de uma má notícia (tabela 24), 75,2% dos participantes mencionaram a **inexistência de condições físicas para o efeito**, 51,3% indicaram a **falta de disponibilidade de tempo**, e ainda 31% apontaram a **ausência de coordenação na equipa**, ou seja, a falta de interação e organização entre Médicos e Enfermeiros.

Para 23,9% dos profissionais de saúde participantes o *excesso de informação/ansiedade por parte do utente/família* também dificulta o processo de comunicação de más notícias, assim como o *ratio utente/Enfermeiro* e *utente/Médico* que foi expresso respetivamente por 19,5% e 15% como *interferindo na disponibilidade de tempo*.

As *interrupções frequentes das consultas médicas* é considerado também outro dos fatores que dificulta o processo de comunicação de uma má notícia apontado por 14,2% dos profissionais de saúde, assim como a *utilização de linguagem técnica* assinalado por 13,3% dos participantes. As *interrupções frequentes das atividades de Enfermagem* e a *atitude do familiar quando se encontra presente* foram indicados respetivamente por 12,4% e 10,6% dos participantes. E, apenas 3,5% considerou a *representação negativa da doença pelos profissionais de saúde* um fator dificultador do processo de comunicação de más notícias.

Procuramos perceber se os fatores dificultadores mais apontados pelos profissionais de saúde seriam divergentes entre os dois grupos profissionais (tabela 25).

Tabela 25 – Fatores dificultadores no processo de comunicação de más notícias por profissional de saúde

	Enfermeiro		Médico	
	N	%	N	%
Inexistência de condições físicas para o efeito	43	76,8%	42	73,7%
Falta de disponibilidade de tempo	29	51,8%	29	50,9%
Ausência de coordenação na equipa	21	37,5%	14	24,6%
Excesso de informação/ansiedade por parte do utente/família	15	26,8%	12	21,1%
Ratio utente/Enfermeiro interfere na disponibilidade de tempo	19	33,9%	3	5,3%
Ratio utente/Médico interfere na disponibilidade de tempo	2	3,6%	15	26,3%
Interrupções frequentes das consultas Médicas	0	0,0%	16	28,1%
Utilização de uma linguagem técnica	9	16,1%	6	10,5%
Interrupções frequentes das atividades de Enfermagem	13	23,2%	1	1,8%
Atitude do familiar quando se encontra presente	3	5,4%	9	15,8%
Representação negativa da doença pelos profissionais de saúde	2	3,6%	2	3,5%
Outro fator	1	1,8%	0	0,0%
Total	157		149	

Assim, podemos constatar que tanto Enfermeiros como Médicos consideram que os fatores que mais dificultam o processo de comunicação de más notícias são a **inexistência de condições físicas para o efeito** (Enfermeiros – 76,8%, Médicos – 73,3%), e a **falta de disponibilidade de tempo** (Enfermeiros – 51,8%, Médicos – 50,9%).

Desta forma, podemos afirmar que os fatores dificultadores mais mencionados pelos profissionais de saúde são unânimes tanto para os Enfermeiros como para os Médicos participantes neste estudo.

Relativamente aos fatores que na prática diária facilitam o processo de comunicação de más notícias, observamos que são diversos e se centram no utente/família e nos profissionais de saúde (tabela 26).

Tabela 26 – Fatores facilitadores na comunicação de más notícias

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Unidade de registo		Total
			Enfermeiro	Médico	
Centrados no utente e família	Conhecimento	Da situação familiar do utente	1	0	1
		Que o utente/família detém sobre a situação clínica	10	8	18
	Nível sociocultural, académico e económico		5	5	10
	Relacionado com a doença	Grau de gravidade	2	0	2
		Situações esperadas	1	2	3
	Bom suporte familiar		0	3	3
	Presença do familiar		1	1	2
	Capacidade de resiliência		0	1	1
Centrados nos profissionais de saúde	Competências comunicacionais e relacionais	Existência de relação prévia	0	1	1
		Linguagem acessível e simples	13	5	18
		Empatia	7	6	13
		Organização da informação	2	3	5
		Capacidade relacional	2	1	3
		Validar a informação transmitida	1	1	2
		Respeito	2	0	2
		Gestão das emoções	2	0	2
		Compreensão	1	0	1
		Estimular a expressão de sentimentos	1	0	1
		Falar calmamente	1	0	1
		Honestidade	0	1	1
		Sem definir	2	2	4
	Boa relação da equipa multidisciplinar		6	5	11
	Formação no âmbito da comunicação		8	1	9
	Experiência profissional		6	3	9

Respeitante aos fatores facilitadores **centrados no utente e família**, observamos que quer para Enfermeiros (10) quer para Médicos (8) é crucial o *conhecimento que o utente/família detém sobre a situação clínica*, conforme está nas seguintes afirmações:

“(…) conhecimentos da família e utente sobre o prognóstico.” (E26);

“Habitualmente quando os utentes/famílias estão corretamente informados a comunicação também é mais fácil.” (E44);

“A informação que o doente/família tem sobre a sua própria condição saúde/doença.” (M66);

“Perceber primeiro o que os familiares e doente sabem sobre a doença e quais as expectativas.” (M81).

Um Enfermeiro referiu também que é facilitador na transmissão de uma má notícia o *conhecimento da situação familiar do utente*: *“O conhecimento acerca da situação familiar do utente (...)” (E2).*

O *nível sociocultural, académico e económico* foi apontado como um fator facilitador na comunicação de más notícias na prática diária por 5 Enfermeiros e também 5 Médicos, como podemos ver nas seguintes afirmações:

“Um dos fatores será o grau de conhecimento/formação do utente/família.” (E18);

“Bom nível socioeconómico.” (M53);

“Ajustar a comunicação ao nível sociocultural do utente e família.” (M68).

É, ainda, apontado e no que se refere à *doença* o facto de serem *situações esperadas* pelo utente/família e o *grau de gravidade* como é visível nas seguintes expressões:

“O facto de ser uma notícia que de certa forma já era esperada é facilitador.” (E44);

“Quando a família já está à espera.” (M78);

“Um fator será a gravidade da informação a dar, quanto mais grave mais difícil será dar a informação.” (E18).

Para 3 Médicos da amostra, um *bom suporte familiar* e a *presença do familiar* constituem um fator facilitador quando transmitem más notícias na sua prática diária: *“Bom suporte familiar (...)” (M53), “Apoio familiar e social.” (M99).*

Por fim surge, a *capacidade de resiliência* do utente e a *existência de relação prévia* entre as partes, referido por um Médico respetivamente.

No que respeita aos fatores facilitadores **centrados no profissional de saúde** surgem com evidência as competências comunicacionais e relacionais, sobretudo a utilização de uma *linguagem acessível e simples* (13 Enfermeiros e 5 Médicos) e a *empatia* (7 Enfermeiros e 6 Médicos), como demonstram os excertos:

“Linguagem adequada para que familiares/utente possam compreender e esclarecer dúvidas.” (E6);

“(...) linguagem acessível e indo de encontro às questões que o doente pretende ver respondidas.” (M95);

*“Disponibilidade do profissional para estabelecer uma relação empática.” (E8),
“Empatia por parte do Médico e de toda a equipa assistente” (M63).*

Neste âmbito foram expressos outros fatores facilitadores tais como: *organização da informação* (5), *capacidade relacional* (4), e a *validação da informação transmitida* (2), como podemos constatar pela observação das seguintes afirmações:

“(...) excelente investigação sobre a informação a comunicar.” (E40);

“Reconhecimento das competências do profissional de saúde.” (M91);

“Boa relação do médico e doente/família.” (M90);

“Garantir que o utente ou familiar percebeu corretamente a informação transmitida.” (E11).

A existência de uma *boa relação da equipa multidisciplinar* constitui também um fator facilitador para 6 Enfermeiros e 5 Médicos, quando os mesmos disseram *“Capacidade de comunicação e interação com os elementos da equipa multidisciplinar.” (E45), “Boa relação de trabalho entre Médico e Enfermeiro.” (M67).*

Para 8 Enfermeiros e 1 Médico ter *formação no âmbito da comunicação* também constitui um fator facilitador, *“Formação do profissional de saúde e da equipa multidisciplinar em comunicação.” (E12), “Ter treino de técnicas de comunicação” (M101).* Por último, alguns dos profissionais de saúde (6 Enfermeiros e 3 Médicos) mencionaram a *experiência profissional*, *“A experiência do profissional de saúde que comunica (...)” (E27), e “A experiência clínica, pois a experiência acumulada em comunicar más notícias vai-me facilitando a transmissão das mesmas.” (M110).*

Referido apenas por Enfermeiros surgiram os seguintes fatores facilitadores: *respeito* (2), *gestão das emoções* (2), *compreensão* (1), *estimulação da expressão de sentimentos* (1), e ainda *tentar falar calmamente* (1):

“As características pessoais dos profissionais ajudam na comunicação de uma má notícia, como por exemplo, respeito e compreensão.” (E3);

“Facilita que a comunicação seja efetuada num ambiente de confiança, que permita lidar com as emoções, possibilitando adaptar à pessoa e permitir que esta expresse o que está a sentir.” (E42).

Um Médico mencionou que a *honestidade* constitui um fator facilitador na comunicação de más notícias na prática diária.

Optaram por não responder a esta questão 5 Enfermeiros e 18 Médicos. Torna-se relevante salientar ainda que um Enfermeiro e um Médico referiram não existirem fatores facilitadores no processo de comunicação de más notícias na prática diária.

Em síntese, verificamos que os principais fatores facilitadores identificados pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias na sua prática diária estão **centrados no utente e família**, nomeadamente o *conhecimento que o utente/família detém sobre a situação clínica* e o *nível sociocultural, académico e económico* dos mesmos e **nos profissionais de saúde** com relevância para as competências comunicacionais e relacionais que os mesmos devem deter, nomeadamente a *linguagem acessível e simples* e a *empatia*.

12.6. Estratégias Mobilizadas pelos Profissionais de Saúde

Neste estudo e através de uma questão aberta que integra o questionário procurámos também identificar as estratégias necessárias para desenvolver competências na área de comunicação de más notícias. Pela análise de conteúdo observamos que estas se situam a quatro níveis: *formação contínua na área da comunicação*; *criar espaços de reflexão*; *experiência profissional*; e *constituir uma equipa multidisciplinar específica* (tabela 27).

Tabela 27 – Estratégias para desenvolver competências na área de comunicação de más notícias

Categoria	Unidade de registo		Total
	Enfermeiro	Médico	
Formação contínua na área da comunicação	25	38	63
Criar espaços de reflexão	5	10	15
Experiência profissional	1	7	8
Constituir uma equipa multidisciplinar específica	3	2	5

A **formação contínua na área da comunicação** é a estratégia que surge com mais evidência e foi referida por 63 profissionais de saúde da seguinte forma:

“Existência de formação a todos os profissionais, de forma a desenvolverem métodos para a comunicação de más notícias.” (E37);

“Formação para melhorarmos esta competência.” (E50);

“Formação na competência, não apenas teórica. Workshops com discussão de casos reais para serem abordadas as dificuldades que cada um identifica.” (M59);

“Formação sobre estratégias de comunicação, psicologia e estratégias de coping. Como lidar com as reações das famílias e com sentimentos que más notícias e sua comunicação provocam aos profissionais de saúde.” (M103).

A **criação de espaços de reflexão** foi apontada por 5 Enfermeiros e 10 Médicos, como se pode constatar pelos seguintes excertos:

“Comunicação entre a equipa para adaptar estratégias mais adequadas e uniformizar a comunicação das más notícias.” (E6);

“Refletir sobre o tema, troca de opiniões com os colegas.” (E17);

“Debriefing – após a comunicação da má notícia a equipa deve discutir como decorreu toda a situação.” (M59);

“Conversa entre profissionais, partilha de experiências (...)” (M70).

A **experiência profissional** já tinha sido mencionada como sendo um fator facilitador, mas também surgiu indicada por 1 Enfermeiro e 7 Médicos como estratégia *“A única ferramenta que podemos utilizar é mesmo com os anos de experiência.” (E29); “Experiência clínica diária.” (M71);* e *“A experiência acaba por ser essencial no desenvolvimento de competências.” (M86).*

Para 5 profissionais de saúde (3 Enfermeiros e 2 Médicos) **constituir uma equipa multidisciplinar específica** para transmitir más notícias constitui uma estratégia para desenvolver competências em comunicação de más notícias, como se pode verificar pelas afirmações:

“Desenvolvimento de equipas multidisciplinares eficazes.” (E107);

“Acompanhamento de equipas multidisciplinares específicas.” (M91).

Convém referir que 12 profissionais de saúde (5 Enfermeiros e 7 Médicos) não responderam a esta questão.

Sendo a formação apontada na literatura como uma estratégia indiscutível para o desenvolvimento de competências profissionais, determinamos como relevante para este estudo averiguar se os profissionais de saúde tinham realizado formação contínua ao longo da vida profissional, na área de comunicação de más notícias.

Tabela 28 – Formação contínua na área de comunicação de más notícias

	N	%
Sim	33	29,2%
Não	80	70,8%
Total	113	100,0%

A maioria dos profissionais de saúde participantes no estudo (70,8%) **não realizou formação contínua**, ao longo da sua vida profissional, na área da comunicação de más notícias, apenas 29,2% dos profissionais de saúde indicou que fez (tabela 28).

Em resumo, constamos que a estratégia que os profissionais de saúde mais evidenciaram ser necessário mobilizar para desenvolver competências na comunicação de más notícias é a **formação contínua na área**, porém, a maioria dos mesmos referiu que *não ter realizado formação contínua nesta área* no percurso da sua vida profissional.

CAPÍTULO IV

Discussão dos Resultados

Neste capítulo, iremos proceder à discussão dos resultados considerando os objetivos delineados para o estudo, confrontando-os simultaneamente com as opiniões/ideias dos autores que se debruçaram sobre a temática e a nossa própria reflexão.

A linha de apresentação que vamos utilizar é similar ao capítulo anterior, seguindo sequencialmente os objetivos específicos, de forma a permitir uma visão global e uma análise refletida, sintética e clara dos resultados obtidos sobre a comunicação de más notícias no serviço de urgência.

Significado de Má Notícia

Pela análise dos dados o que mais se evidenciou como significado de má notícia em contexto de serviço de urgência para os profissionais de saúde, foi a **doença**, nomeadamente a *doença súbita* e a *oncológica*.

Este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Gonçalves (2013) junto de profissionais de saúde, no qual a má notícia é quase sempre associada à doença, sobretudo à doença oncológica.

A referência à *doença súbita* neste estudo pode ser justificada pelo contexto do mesmo, por ter particularidades diferentes de outras áreas. Tal é evidenciado por Núñez *et al.* (2006) quando referem que os serviços de urgência têm características particulares diferentes da área de oncologia e cuidados paliativos, que é necessário considerar na comunicação de más notícias, sendo a principal a natureza súbita e imprevista da doença.

Os profissionais de saúde consideram ainda que a má notícia é um **acontecimento gerador de sentimentos**, focando principalmente o *stress* e o *desgaste emocional*. Como Pereira, Fortes e Mendes (2013) sustentam, a comunicação de más notícias gera nos profissionais e utentes medos, *stress*, ansiedade, sentimentos de inutilidade e desconforto.

Obtivemos, ainda com relevância que é uma **notícia com impacto negativo na vida pessoal e familiar**. Este dado revela o que nos dizem vários autores, ao referir que uma má notícia tem impacto negativo na perspetiva de futuro da pessoa, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social (Buckman, 2001; Pereira, 2008; Sequeira, 2016; Nunes, 2016).

Tipo de Má Notícia Comunicada aos Utentes e Familiares

Relativamente ao tipo de má notícia mais frequentemente comunicada pelos profissionais de saúde em contexto do serviço de urgência emergiu com evidência o **diagnóstico**, sobretudo de *doença oncológica, grave e súbita*, **morte** e o **mau prognóstico**, o que é expectável considerando os significados atribuídos a uma má notícia.

Estes dados vão de encontro ao mencionado por Pereira (2008) no seu estudo, quando refere que as más notícias podem englobar desde doenças incapacitantes em que não se vislumbra a cura, doenças que vão ensombrar a vida e o futuro das pessoas, a morte de um familiar ou uma doença aguda.

As Práticas dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias

No que diz respeito às práticas diárias na comunicação de más notícias no serviço de urgência, a maioria dos profissionais de saúde indicou que **quase sempre** o utente/família pede informações acerca da sua situação clínica; é informado sobre o conteúdo da má notícia; deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia; e se utente reunir condições clínicas é o primeiro a receber a má notícia.

Na generalidade estes dados interligam-se com o sustentado por Nunes (2016, p.47), ao mencionar que “em saúde, a realização de qualquer ato requer informação e consentimento, pelo que informar não é um ato isolado que possa ser destacado da prática clínica, antes acompanha toda a relação”. Assim, como está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), que cada pessoa tem garantido o direito à informação sobre a sua situação clínica.

Evidencia-se uma certa incoerência relativamente à importância que os profissionais de saúde atribuem ao direito de o utente/família ser informado sobre o conteúdo da má notícia e a sua prática diária em serviço de urgência, uma vez que, a maioria refere que é **sempre** importante informar o utente/família, no entanto referem não o fazer sempre. Este dado pode estar relacionado com o que se observou no estudo de Gonçalves (2013), que aponta algumas explicações que levam os profissionais de saúde a não informarem sempre o utente/família do conteúdo da má notícia, designadamente o facto de os mesmos acreditarem que o utente/família tem o direito a ser informado, mas que o conhecimento da verdade não será benéfico, pelo que acabam por não revelar essa informação, privilegiando o bem-estar psicológico em detrimento da sua autonomia.

Na perspetiva dos profissionais de saúde a comunicação de más notícias deveria ser uma responsabilidade da **equipa multidisciplinar**, no entanto referem que na sua prática o responsável é o **Médico**, o que é consonante com o apontado pela maioria dos Enfermeiros que apenas informa algumas vezes o utente/família.

Os Enfermeiros, na generalidade das equipas hospitalares, são os que mais tempo passam junto do utente/família, assim estão numa posição privilegiada para intervir no momento da comunicação da má notícia (Warnock *et al.*, 2010). No entanto, observamos pelos dados obtidos que os Enfermeiros apenas participam no processo de informação ao utente/família algumas vezes, o que de certa forma diverge do preconizado no seu Código Deontológico no artigo 84.º que confirma o dever de informar. Pereira (2008, p.425) no estudo que realizou também verificou que, “os Enfermeiros raramente abordam questões ligadas à doença/decisão terapêutica, demitem-se mesmo desta função”.

A este propósito é oportuno refletir sobre o que nos apontam a maioria dos estudos nesta área, que informar os utentes/família, em particular, quando recetores de uma má notícia é um ato multidimensional, que deve envolver uma equipa multidisciplinar. Pois, como menciona Gonçalves (2013) importa ter em mente que comunicar uma má notícia é demasiado complexo, e não se cinge apenas a um único momento e como tal a um único profissional.

Com os resultados obtidos, podemos afirmar que os profissionais de saúde têm dificuldades em agir neste âmbito numa dinâmica de trabalho em equipa, pois na prática o papel do Médico no processo de comunicação de más notícias é evidenciado em detrimento do papel do Enfermeiro. De acordo com Nogueira e Rodrigues (2015) este facto pode justificar-se com a dificuldade em ultrapassar determinados desafios, como a diversidade na formação dos profissionais; a tendência de o mesmo grupo profissional comunicar mais uns com os outros; o efeito da hierarquia, geralmente o Médico a ocupar a posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipa multidisciplinar.

No respeitante, às dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na transmissão de más notícias ao utente/família na sua prática diária no serviço de urgência, destacam-se **ser um diagnóstico súbito e imprevisto**, ser uma **tarefa difícil e complexa**, e pela **incerteza quanto às reações do utente/família**.

Deste modo, é possível afirmarmos que as dificuldades mais mencionadas pelos profissionais de saúde se situam do contexto em estudo. Na opinião de Dias (2015), ir ao serviço de urgência é uma experiência árdua e complexa para os utentes e

familiares, que diversas vezes se defrontam com o diagnóstico de doença súbita, grave ou com a possibilidade de morte. É de forma rápida e inesperada que as novas informações surgem, o que pode originar sentimentos de abandono, solidão e perda do controlo emocional. Acrescenta, ainda que muitos utentes e familiares irão recordar para o resto das suas vidas, as suas vivências relativas à comunicação de uma má notícia no serviço de urgência

Neste sentido e na perspetiva de Araujo e Leitão (2012) a comunicação de más notícias é considerada uma tarefa complicada, difícil e requer treino por parte dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspetos emocionais a ela associados. Deste modo, o profissional necessita de desenvolver técnicas e competências específicas nesta área.

Modo de Comunicar Más Notícias dos Profissionais de Saúde

Quanto ao modo de comunicar dos profissionais de saúde (Enfermeiros e Médicos) no serviço de urgência a maioria indicou que **fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família**. O que está em consonância com os dados obtidos no estudo de Gonçalves (2013, p.99) “tanto os Médicos como os Enfermeiros partilham da mesma opinião, ao fornecerem apenas a informação que consideram adequada, no sentido de proteger o bem-estar da pessoa doente”.

Reconhecemos e de acordo com Gonçalves (2013), que esta atitude revela que os profissionais de saúde preferem proteger o utente/família de possíveis danos psicológicos em detrimento do respeito pela sua autonomia, o que não vai de encontro ao afirmado por Nunes (2016), a pessoa precisa de informação clara, objetiva, verdadeira. A veracidade do discurso que informa é, simplesmente, um meio para que a pessoa possa tomar decisões, assentando no respeito pela autonomia da pessoa.

A mesma autora refere ainda, que comunicar uma má notícia pode originar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde (por exemplo o que dizer, como, quando, onde, com quem), sendo desta forma necessário desenvolver competências na comunicação, através da formação e na prática clínica dos profissionais.

É de ressaltar ainda que alguns dos Enfermeiros indicaram não revelar qualquer tipo de informação ao utente/família remetendo para outro profissional a informação sobre a sua situação clínica e outros indicaram que revelam apenas informação relativa aos cuidados de enfermagem. Estes dados estão em consonância com o facto de a maioria

dos profissionais de saúde mencionarem que na sua prática o responsável pela comunicação de más notícias é o Médico.

Observamos também que quanto ao modo de comunicar as más notícias no serviço de urgência se destaca que os profissionais de saúde utilizam um procedimento apropriado, pois afirmaram que **nunca** *atendem chamadas telefônicas*, **raramente** *utilizam termos técnicos e expressões de difícil compreensão*, **algumas vezes** *incutem esperança após a comunicação*, **quase sempre** *demonstram disponibilidade quando são solicitados* e **sempre** *procuram averiguar que informação é que o utente/família possui antes de lhe transmitir uma má notícia, demonstrando atenção pelo mesmo*.

Estes resultados obtidos estão de acordo com o exposto por Pereira (2008), a comunicação de más notícias requer uma preparação prévia, o profissional de saúde deve encorajar o utente/família a exprimir as emoções, validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradativa.

Fatores Dificultadores e Facilitadores

Os fatores **dificultadores** no processo de comunicação de más notícias em contexto de serviço de urgência mais mencionados pelos profissionais de saúde são a **inexistência de condições físicas para o efeito**, a **falta de disponibilidade de tempo** e a **ausência de coordenação na equipa**.

A *inexistência de condições físicas* é um fator dificultador que já foi apontado no estudo de Sousa (2013), em que a maioria salientou a inadequabilidade do ambiente físico, sendo verbalizado a necessidade de existir um espaço adequado e devidamente preparado para a comunicação das más notícias. Também outros estudos, salientam a necessidade de existir um espaço físico adequado e a necessidade de preparação do ambiente prévio à comunicação, sem ruídos, sem a possibilidade de interrupções e que respeite a privacidade (Pereira, 2008; Gonçalves, 2013; Sequeira, 2016).

Neste contexto e no ponto de vista de Park [*et al.*] citado por Dias (2015), no serviço de urgência, frequentemente não há espaço adequado e muitas vezes as más notícias são comunicadas no corredor.

Outro fator dificultador assinalado foi a *falta de disponibilidade de tempo*, o que é congruente com a opinião de Brás e Ferreira (2016), quando referem que os profissionais de saúde reconhecem que o tempo para comunicar é limitado, sujeito à

excessiva carga de trabalho e por ser um processo que demora tempo, evitam oportunidades de comunicação.

Sousa (2013, p.104) também identifica este fator dificultador no seu estudo e menciona que “na realidade, os recursos humanos afetos ao serviço de urgência, a complexidade de cuidados nesses serviços e o fluxo de doentes e de familiares, muitas vezes condiciona o tempo disponível para a consolidação do processo de comunicação”.

Outro dos fatores mais identificado pelos profissionais de saúde foi a *ausência da coordenação da equipa*, que é coerente aos resultados obtidos por Gonçalves (2013, p.107), pois a autora afirma que “os Enfermeiros consideram que a falta de interação existente no seio da equipa, principalmente com os Médicos, conduz à falta de informação sobre a pessoa doente e, como tal, interfere no processo de comunicação”. A este respeito, Santos *et al.* citado por Brás e Ferreira (2016) dizem que em equipas multidisciplinares, a comunicação é difícil, o que condiciona alguns grupos profissionais a sentir dificuldade em se expressar abertamente com outros grupos profissionais.

Relativamente aos **fatores facilitadores** na comunicação de más notícias prática diária, apuramos que estes estão **centrados no utente e família** e relacionam-se com o *conhecimento que o utente/família detém sobre a situação clínica e o nível sociocultural, académico e económico* dos mesmos.

Neste sentido, é necessário envolver e conhecer também a família para além do utente, o que é corroborado por Sousa (2013), quando relata que o envolvimento da família facilitaria a comunicação de uma má notícia. Ainda neste sentido, Nunes (2016) alude que cada um reage como pessoa única a uma má notícia, com as suas características, vivências e especificidades e em função de variáveis particulares que vão desde as crenças culturais, religiosas e existenciais ao seu nível de desenvolvimento emocional, dos fatores situacionais, como o *status* socioeconómico e o suporte social e familiar. O que conduz à necessidade de ter conhecimento de todos os fatores possíveis centrados no utente e família.

No respeitante aos **fatores centrados nos profissionais de saúde** observamos que as **competências comunicacionais e relacionais** que os profissionais de saúde devem apresentar se revelam facilitadoras, nomeadamente a *linguagem acessível e simples* e a *empatia*.

Este aspeto vai de encontro ao indicado por Laskin (2010), quando afirma que para que a comunicação estabelecida seja válida é necessário que ocorra um investimento relacional por parte de todos os profissionais de saúde. Esta opinião é corroborada por Brás e Ferreira (2016), quando referem que estes devem desenvolver competências

comunicacionais em saúde, para que as habilidades e estratégias em comunicação sejam fortalecidas.

Os mesmos autores acrescentam que a efetividade da comunicação se sustenta na empatia que se estabelece com o utente/família, no respeito ao outro, ao saber e à sua condição de participante no processo da comunicação (Brás e Ferreira, 2016).

Estratégias em Comunicação de Más Notícias

Constamos que a estratégia que os profissionais de saúde mais evidenciaram ser necessário mobilizar para desenvolver competências na comunicação de más notícias é a **formação contínua na área**, de modo a responder às necessidades pessoais e profissionais. Logo, podemos afirmar que a arte de comunicar más notícias exige aprendizagem.

Esta principal estratégia identificada vai de encontro aos resultados do estudo de Pereira (2008), onde é demonstrado a evidência da importância comunicacional como um aspeto essencial para a qualidade dos cuidados, que conduz à relevância dos profissionais investirem na formação contínua.

No estudo realizado por Gonçalves (2013), é evidenciado que têm sido úteis as abordagens didáticas, discussão em pequenos grupos, recurso a pessoas simuladas, observação de modelos, momentos de ensino na prática clínica, resultando este tipo de formação no desenvolvimento de competências de comunicação mais eficazes. O que também sustenta outra estratégia mencionada pelos profissionais de saúde deste estudo – *criar espaços de reflexão*.

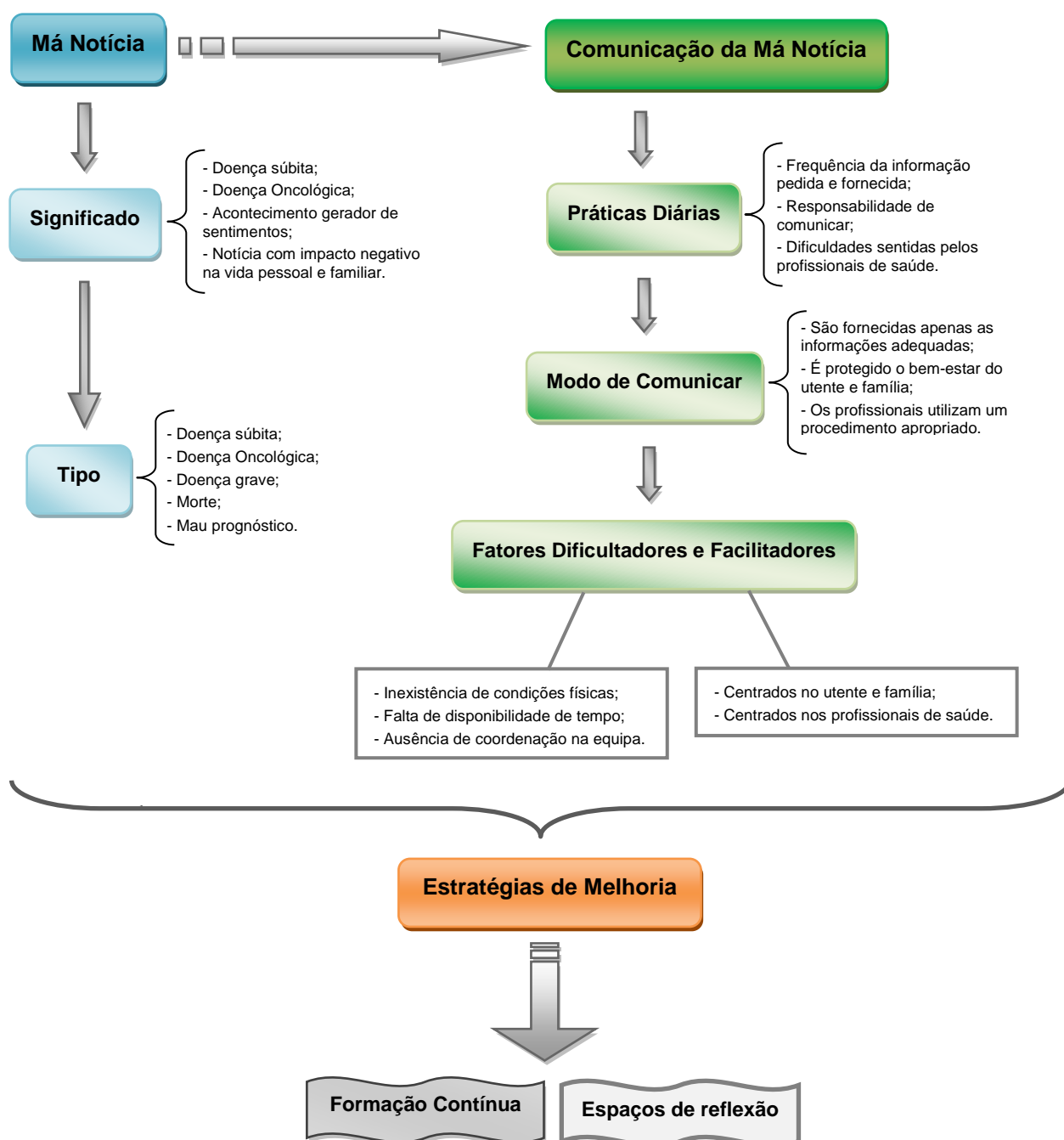
No entanto, verificamos que a maioria dos profissionais de saúde referiu não ter realizado formação contínua nesta área no percurso da sua vida profissional. Tal como refere Pereira (2008), a formação como processo global de construção de conhecimentos e atitudes emerge como um aspeto crucial, mas, sendo cada vez maiores os desafios, é necessário que os locais de trabalho também se assumam como espaços privilegiados para a construção do saber teórico e saber experimental. É primordial também, segundo Nogueira e Rodrigues (2015), o desenvolvimento de programas estruturados de treino de habilidade de comunicação, pois os mesmos têm proporcionado melhorias no desempenho e comunicação da equipa multidisciplinar.

Em suma, os resultados deste estudo permitiram-nos compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência, ao

identificarem o significado e tipo de má notícia, quais as práticas diárias e o modo como comunicam os profissionais de saúde, assim como os fatores que interferem e as estratégias mobilizadas para melhorar a comunicação.

De forma a fazer uma síntese esquematizada dos resultados obtidos apresentamos a figura 1 que se segue.

Figura 1 – O processo de comunicação de más notícias no serviço de urgência



CONCLUSÕES

Chegar à fase final de um trabalho de investigação é sempre extremamente satisfatório e gratificante, mas, urge refletir e analisar sobre o seu desenvolvimento. Torna-se, assim, fundamental realizar uma síntese das ideias essenciais e dos principais resultados obtidos, que nos possibilitam tecer algumas perspetivas futuras e lançar novos desafios.

O enquadramento teórico, realizado com base nos conceitos inerentes à problemática, foi muito importante para o desenvolvimento do estudo, já que permitiu à condução do mesmo utilizando um fio condutor cientificamente adequado.

Não obstante à existência de uma considerável literatura sobre comunicação de más notícias ao utente e família, pouca se reporta ao contexto de serviço de urgência, estando mais desenvolvida para o contexto de cuidados oncológicos e paliativos. Cientes deste facto, mantivemos a ideia da relevância deste estudo com o objetivo de compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência, pelos contributos que pode dar no sentido da mudança a este nível, como tal a melhoria e excelência dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

A comunicação de más notícias em saúde, continua a ser uma área de grande dificuldade, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas na prática clínica dos profissionais de saúde, quer pela gravidade das situações, quer também pela controvérsia que ainda existe em torno de quem, como, quando e o que comunicar ao utente e família. Na informação ao utente/família não importa só o conteúdo, mas o modo como ele é comunicado e o seu enquadramento no contexto vivenciado.

Motivados pelo intuito de perceber e identificar a perceção dos profissionais de saúde (Enfermeiros e Médicos) relativamente ao processo de comunicação de más notícias no serviço de urgência, recorremos a uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, empregando o método de estudo de caso. Como procedimento de recolha de dados utilizamos o questionário.

Da análise dos dados e discussão dos resultados emergiu um conjunto de conclusões, que passamos a apresentar.

O significado e o tipo de má notícia mais frequentemente comunicada, está quase sempre associado à doença, nomeadamente a doença súbita ou oncológica, à morte e ao mau prognóstico. A má notícia tem impacto negativo na vida pessoal/familiar e é um acontecimento gerador de sentimentos.

Consideramos expectável o que o tipo de má notícia mais comunicada pelos profissionais de saúde tenha ido de encontro a alguns dos principais significados atribuídos à mesma. É de realçar, o foco atribuído à doença súbita, que neste estudo provavelmente é justificado pelo contexto de serviço de urgência, uma vez que tem particularidades divergentes de outras áreas. Aferimos, ainda, que o referido nesta conclusão está em consonância com a literatura neste âmbito.

O responsável pela comunicação de más notícias é o Médico, no entanto segundo a perspetiva da maioria dos profissionais de saúde a responsabilidade devia ser da equipa multidisciplinar.

Através desta conclusão, podemos afirmar que os profissionais de saúde têm dificuldade em agir numa dinâmica de trabalho em equipa no processo de comunicação de más notícias. Salientamos, ainda, que os Enfermeiros referiram apenas informar algumas vezes o utente/família sobre o conteúdo da má notícia, assim pensamos que provavelmente a falta de coordenação entre a equipa multidisciplinar faz com que o papel do Médico prevaleça em detrimento do papel do Enfermeiro, que também é essencial neste processo.

As dificuldades sentidas diariamente na transmissão de más notícias ao utente/família residem sobretudo no facto de ser um diagnóstico súbito e imprevisto, ser uma tarefa difícil e complexa, e pela incerteza quanto às reações do utente/família.

As dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde na sua prática mostraram-nos que se situam no contexto em estudo. Pois, no serviço de urgência as novas informações surgem muitas vezes de forma imprevista e súbita, aumentando a complexidade e dificuldade na comunicação de más notícias ao utente/família.

Na prática diária os profissionais de saúde informam quase sempre o utente/família da situação clínica, do conteúdo da má notícia e fornecem apenas a informação que consideram adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família, atendendo na sua maioria aos princípios necessários para uma correta transmissão de más notícias.

É de ressaltar, que constatamos uma certa incongruência no que diz respeito à perspectiva dos profissionais de saúde sobre alguns aspetos desta temática e a sua prática diária. Mais especificamente, a maioria refere que é sempre importante atribuir importância ao direito de o utente/família ser informado sobre o conteúdo da má notícia, no entanto não o fazem sempre.

Observamos, ainda, que os profissionais de saúde quando comunicam más notícias na generalidade preferem proteger o utente/família de possíveis danos psicológicos, mesmo que de alguma forma não respeitem sempre a sua autonomia.

Na generalidade, o procedimento utilizado pelos profissionais de saúde no processo de comunicação de uma má notícia aproxima-se do adequado, pois vai de encontro ao emanado no protocolo de Buckman. Tal foi evidenciado, quando os mesmos afirmaram que nunca atendem chamadas telefónicas, raramente utilizam termos técnicos e expressões de difícil compreensão, algumas vezes incutem esperança após a comunicação, quase sempre demonstram disponibilidade quando são solicitados e sempre procuram averiguar que informação é que o utente/família possui antes de lhe transmitir uma má notícia, demonstrando atenção pelo mesmo.

São diversos os fatores que interferem no processo de comunicação de más notícias no serviço de urgência, como dificultadores destacam-se a inexistência de condições físicas para o efeito, a falta de disponibilidade de tempo e a ausência de coordenação na equipa e como facilitadores evidenciou-se os centrados no utente/família e nos profissionais de saúde.

Os fatores facilitadores identificados permitem ainda concluir que o envolvimento da família e o conhecimento de todos os fatores possíveis centrados no utente/família facilita a transmissão de más notícias. Assim, como o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, vai facilitar a apetência dos profissionais de saúde para esta área temática.

A formação contínua em comunicação de más notícias é considerada pela maioria dos profissionais de saúde uma das estratégias fundamentais para desenvolver competências nesta área, sendo também evidenciado a necessidade de espaços de reflexão.

No entanto, verificamos que a grande parte dos profissionais de saúde referiu não ter realizado formação contínua neste âmbito. Assim, é desejável aumentar as oportunidades de formação relacionada com competências de comunicação, quer na formação académica e profissional, quer nos próprios locais de trabalho, para assim ser proporcionado o desenvolvimento de competências.

Destas conclusões é possível elencar algumas perspectivas futuras e que se divergem em três eixos para novas práticas no processo de comunicação de más notícias no serviço de urgência:

- **A nível da formação**, sugerimos facultar programas de formação específicos e contínuos na área de comunicação de más notícias no serviço/instituição, dirigidos aos profissionais de saúde. E, ainda, que os programas de formação incluam não só uma componente teórica, mas também uma componente prática, com discussão em grupo, casos simulados, observação de modelos, entre outras abordagens didáticas, com o intuito que a formação possa proporcionar o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais.

- **A nível da equipa/organização**, é importante promover momentos de reflexão em equipa, para que seja possível partilhar ideias, exprimir sentimentos, chegar a acordo em relação à melhor forma de proceder conforme cada utente/família ou situação, principalmente em contexto de serviço de urgência, onde a maioria dos acontecimentos é rápido e imprevisto. Tudo isto com o objetivo de fortalecer a união, melhorar a coordenação e a dinâmica da equipa multidisciplinar. A este nível é fundamental e necessário planificar ou requalificar um espaço físico no serviço, que seja adequado ao processo de comunicação de más notícias e sinalizá-lo quando está a ser utilizado para esse efeito. Sendo, também essencial adequar o rácio de profissionais de saúde às exigências que o serviço de urgência demanda, pois desta forma poderá ser colmatada a falta de disponibilidade de tempo assinalada pelos profissionais. Acrescentamos ainda, como sugestão, definir um elemento da equipa multidisciplinar que estabeleça o elo de ligação entre os profissionais de saúde e o utente/família, para que as dúvidas sejam esclarecidas, as informações dadas em tempo satisfatório e para o aumento da coletividade.

- **A nível da investigação**, este estudo desperta para outras questões a estudar, como comparar o desempenho dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em vários contextos e eventualmente analisar a perspetiva do utente/família em relação a esta temática. Também consideramos que seria pertinente um estudo que abrangesse as opiniões dos profissionais de saúde e do utente/família. Na nossa perspetiva, desta forma, seria possível potenciar e proporcionar novos desenvolvimentos nesta área e outras sugestões de melhoria.

Sendo um dos principais objetivos da investigação em saúde a devolução dos resultados obtidos, com a intenção de melhorar a intervenção dos profissionais de saúde e nesse sentido fomentar um aumento da qualidade de cuidados, é deste modo

nossa intenção restituir os resultados deste estudo à instituição, particularmente ao serviço onde o mesmo foi realizado. Temos, também, como pretensão contribuir para a implementação das sugestões expostas, esperando que este estudo fomenta a reflexão e discussão construtiva para o desenvolvimento de competências na área de comunicação de más notícias.

Apesar da nossa preocupação em assegurar o máximo rigor científico e metodológico na realização do estudo, importa considerar as limitações que surgiram. Assim, identificamos como fragilidade deste estudo a utilização de um único procedimento de recolha de dados, consideramos que o mesmo poderia ser enriquecido se fossem ponderadas outras estratégias de colheita de dados, designadamente a observação participada dos profissionais de saúde em momentos que comunicam uma má notícia e/ou a realização de entrevistas.

Assim, outra dificuldade prendeu-se com o tempo disponível para a realização deste estudo e a necessidade de conciliar com o exercício da atividade profissional.

Para finalizar, acreditamos que apesar das limitações e dificuldades, este estudo contribuiu para o desenvolvimento a nível pessoal e profissional, tornando-se num momento de aprendizagem por excelência. E, ainda, a certeza que esta investigação irá contribuir para novas dinâmicas e diligências eficientes nesta área tão sensível, com vista a obter mais ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Nuno Lobo – **Sinto Muito**. Lisboa: Verso da Kapa, 2008. ISBN 9789728974688.

ARAUJO, Janete e LEITÃO, Elizabeth – A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro. ISSN 1983-2567. Vol.11, n.º 2 (2012), p.58-62.

ARAÚJO, Cidália; [et al.] – Estudo de Caso. **Métodos de Investigação em Educação**. [Em linha]. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2008. [Consultado 18 de Janeiro 2016]. Disponível em WWW: <URL: http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf>.

BARBOSA, António e NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978972934928.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 8562938041.

BONAMIGO, Elcio e DESTEFANI, Armanda – A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Revista Bioética**. Brasília. ISSN 1943-8042. Vol.18, n.º 3 (2010), p.725-742.

BRÁS, Cláudia e FERREIRA, Manuela – A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. In COSTA, António; [et al.] – **Atas de investigação qualitativa na saúde**. Vol. 2. Portugal: Atas CIAIQ2016, 2016. ISBN 9789728914592. P.572-577.

BUCKMAN, Robert – **S'asseoir pour parler: l'art communiquer de mauvaises nouvelles aux malades: guide du professionnel de santé**. Paris: Masson, 2001. ISBN 9782294008351.

CIELO, Cibele; CAMPONOGARA, Siviama e PILLON, Raquel – A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relatos de experiência. **Journal of Nursing and Health**. ISSN 2236-1987. Vol.3, n.º 2 (2013), p.204-212.

DIAS, Gabriela – **Comunicação de más notícias no departamento de emergência: uma análise comparativa entre as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2015. Dissertação de Mestrado.

FONSECA, Rita – **Comunicação de más notícias em contexto de urgência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 9789898075185.

FREIXO, Manuel – **Teorias e modelos de comunicação**. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget. 2013. ISBN 9789896591106.

GINESTE, Yves e PELLISSIER, Jérôme – **Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice**. Lisboa: Instituto Piaget, 2007. ISBN 9789727719761.

GONÇALVES, Ângela – **Comunicação de más notícias a pessoas com doença Oncológica: a necessidade de implementar a (bio)ética na Relação** – um estudo exploratório. Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina, 2013. Dissertação de Mestrado.

LASKIN, Alexander – **Managing Investor Relations: Strategies for effective Communication**. New York: Business Expert Press, 2010. ISBN 9781606490808.

LEI n.º111/2009. **DR I Série**. 180 (2009/09/16) 6598-6599.

MARTINO, Luís – **Teoria da Comunicação**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009. ISBN 9788532625175.

MARTINS, José – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.12, n.º 2 (2008), p.62-66.

MONTEZELI, Juliana [et al.] – Enfermagem em emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. **Cogitare Enfermagem**. Paraná. ISSN2176-9133. Vol.14, n.º 2 (2009), p.384-387.

NOGUEIRA, Jane e RODRIGUES, Maria – Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**. Paraná. ISSN 2176-9133. Vol.20, n.º 3 (2015), p.636-640.

NUNES, Lucília – **E quando não puder decidir?**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016. ISBN 9789898838698.

NÚÑEZ, Salvador [et al.] – Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. **Med Clin(Barc.)**. Barcelona. ISSN 157-817. Vol.127, n.º 15 (2006), p.580-583.

PALMER, Carole e THAIN, Colin – Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. **Cancer Nursing Practice**. Londres. ISSN 2047-8933. Vol.9, n.º 9 (2010), p.24-27.

PEREIRA, Ana; FORTES, Isa e MENDES, João – Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Portugal. ISSN 1981-8963. Vol.7, n.º 1 (2013), p.227-235.

PEREIRA, Maria Aurora – **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 9789728485924.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusodidacta, 2005. ISBN 9789728383848.

QUEIRÓS, Belarmina e ALBUQUERQUE, Ana – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972853597X.

QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena e NETO, Isabel – Comunicação. In BARBOSA, António e NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 9789729349225. p.461-485.

REBELO, José – **Amor, Luto e Solidão**. Alfragide: Casa das Letras, 2009. ISBN 9789724618654.

REGULAMENTO n.º 707/2016. **DR II Série**. 139 (2016/06/21) 22575-22588.

SEQUEIRA, Carlos – **Comunicação clínica e relação de ajuda**. Lisboa: Lidel, 2016. ISBN 9789897521683.

SILVA, Maria – Comunicação de más notícias. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. ISSN 1980-3990. Vol.36, n.º 1 (2012), p.49-53.

SILVA, Maria e ARAÚJO, Mônica – Comunicação em cuidados paliativos. In CARVALHO, Ricardo e PARSONS, Henrique – **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª Edição. Brasil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. ISBN 9788589718271. p.75-85.

SOUSA, Judite – **A Vida é um Minuto o poder e a imagem**. Alfragide: Oficina do livro, 2009. ISBN 9789895554898.

SOUSA, Samuel – **A comunicação de má notícia em contexto de morte inesperada**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2013. Dissertação de Mestrado.

STEFANELLI, Maguida e CARVALHO, Emilia – **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2ª Edição. São Paulo: Manole, 2012. ISBN 9788520421963.

TEIXEIRA, Elisabeth – **As três metodologias: académica, da ciência e da pesquisa**. 8ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. ISBN 9788532631930.

TUCKMAN, Bruce – **Manual de Investigação em Educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2000. ISBN 9789723108798.

VILELAS, José – **Investigação: o processo de construção do conhecimento**. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2009. ISBN 9789726185574.

WARNOCK, Clare [*et al.*] – Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. **Journal of Advanced Nursing**. Reino Unido. ISSN 101-111. Vol.66, n.º 7 (2010), p.1543-55.

WATSON, Lisa – Informing critical care patients of a loved one's death. **Critical Care Nurse**. Columbia. ISSN 1940-8250. Vol.28, n.º 3 (2008), p.52-64.

ANEXOS

Anexo 1

Autorização do Conselho de Administração

Exma. Sra. Enf.ª Ana Carneiro

Serviço de Urgência

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - "Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência" -
N/ REF.ª 2016.088(076-DEFI/073-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Urgência, sendo Investigador Principal, a Enf.ª Ana Carneiro.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, e pela Direção de Enfermagem, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
2016.06.10/2

Dr. SOLLAR: ALLEGRI	Dr.ª ÉLIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Dr. PAULO BARBOSA	Dr. RUI PEDROSO
Director Clínico	Vogal Executivo
Enf.ª EDOARDO ALVES	
Enfermeiro Director	

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

Anexo 2

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 18.5.2016	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência"		Ref.º: 2016.088(076-DEFI/073-CES)
Protocolo/Versão: TA - Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador: Enf.ª Ana Carneiro Enfermeira, Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto e Aluna do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **TA - Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Gonçalo Senhorães Senra.
Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.
Pelo que se submete à consideração superior.

AUTORIZADO
Dr. Severo Torres
Adjunto do Diretor Clínico
Data: 07/06/2016

Data 18.5.2016

A Presidente da CES


Luisa Bernardo
Dr.ª Luisa Bernardo

Anexo 3

Parecer da Direção de Enfermagem e da Direção Clínica

APRECIAÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência"	Ref.º: 2016.088(076-DEFI/073-CES)
	Investigador: Enf.ª Ana Carneiro Serviço de Urgência

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL  Data: <u>CHP, EPE 31.5.2016</u> EDUARDO ALVES Enf.º Director	DIREÇÃO CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: Dr. PAULO BARBOSA Diretor Clínico CHP Data: <u>01/06/2016</u>
---	--

Em conformidade, Pode ser autorizado


CHP - C. GESTÃO DEFI
ANTÓNIO MANUEL SILVA, Ass.
Enf. Supervisor 6.01.2016
Nº Orden 16636 Ass.

APÊNDICES

Apêndice 1

Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário foi desenvolvido para o estudo de investigação “*Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência*”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Aurora Pereira.

É objetivo deste estudo compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência. Os dados da pesquisa têm finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada a confidencialidade das fontes e o anonimato dos dados.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento, expressando livremente a sua opinião.

Muito obrigado, pela sua atenção e colaboração!

Idade: _____ **Sexo:** Masculino () Feminino ()

Profissão: Enfermeiro () Médico ()

Especialidade: _____

Tempo de Exercício Profissional: _____

Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência: _____

1) Qual o significado para si de uma má notícia no contexto de serviço de urgência?

2) Na sua prática diária, que tipo de má notícia é mais frequente comunicar?

3) De acordo com a sua experiência profissional, é habitual o seu utente/família pedir-lhe informações acerca da sua situação clínica? (Assinale com um X na afirmação que mais se adequa).

0	1	2	3	4	5
Não quer responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

4) Ao informar o utente/família sobre a sua situação clínica, qual o procedimento que habitualmente costuma adotar? (Assinale com um X a opção que mais se adequa).

- ☐ Não revela qualquer tipo de informação e remete para outro profissional de saúde
- ☐ Responde laconicamente às perguntas formuladas
- ☐ Fornece apenas a informação que considera adequada, no sentido de proteger o bem-estar do utente/família
- ☐ Fornece todas as informações disponíveis, mesmo aquelas que não são solicitadas
- ☐ Não diz a verdade, no sentido de salvaguardar o bem-estar do utente
- ☐ Outro: _____

5) Na sua perspetiva, quem deve ser o responsável pela comunicação de más notícias ao utente/família? (Assinale com um X a opção que mais se adequa).

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Equipa Multidisciplinar
- ☐ Família
- ☐ Outro: _____

6) Na sua prática diária, quem é o responsável pela comunicação de más notícias ao utente/família? (Assinale com um X a opção que mais se adequa).

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Equipa Multidisciplinar
- ☐ Família
- ☐ Outro: _____

7) Na sua prática diária, informa o utente/família sobre o conteúdo da má notícia?
(Assinale com um X na afirmação que mais se adequa).

0	1	2	3	4	5
Não quer responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

8) No serviço de urgência, o utente/família é informado sobre o conteúdo da má notícia?
(Assinale com um X na afirmação que mais se adequa).

0	1	2	3	4	5
Não quer responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

9) Atribui importância ao direito do utente/família em ser informado sobre o conteúdo da má notícia? (Assinale com um X na afirmação que mais se adequa).

0	1	2	3	4	5
Não quer responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

10) De acordo com a sua experiência profissional, o utente deseja ser informado sobre o conteúdo da má notícia? (Assinale com um X na afirmação que mais se adequa)

0	1	2	3	4	5
Não quer responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

11) Na sua prática diária, desde que o utente reúna condições clínicas, é o primeiro a ser-lhe comunicada a má notícia? (Assinale com um X na afirmação que mais se adequa).

0	1	2	3	4	5
Não quer responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

12) Na sua prática diária, quais são as maiores dificuldades sentidas na transmissão deste tipo de informação ao utente/família? (Assinale no máximo 3 opções).

- ☐ Tarefa difícil e complexa
- ☐ Inexperiência profissional
- ☐ Falta de formação
- ☐ Incerteza quanto às reações do utente/família
- ☐ Receio em acabar com as esperanças do utente/família
- ☐ Receio em prejudicar o bem-estar do utente
- ☐ Sentimento de incapacidade em lidar com o diagnóstico do utente
- ☐ Inabilidade para lidar com emoções e sentimentos do utente/família
- ☐ Ser um diagnóstico súbito e imprevisto
- ☐ Não interferir no papel de outro profissional de saúde e/ou família
- ☐ Considerar que a comunicação de uma má notícia é competência de outro profissional de saúde
- ☐ Outro: _____

13) Na sua prática diária, quais os fatores que dificultam o processo de comunicação de uma má notícia? (Assinale no máximo 3 opções).

- ☐ Interrupções frequentes das atividades de Enfermagem
- ☐ Interrupções frequentes das consultas Médicas
- ☐ Falta de disponibilidade de tempo
- ☐ Ausência de coordenação na equipa (falta de interação e organização entre Médicos e Enfermeiros)
- ☐ Representação negativa da doença pelos profissionais de saúde
- ☐ Atitude do familiar quando se encontra presente
- ☐ Excesso de informação/ansiedade por parte do utente/família
- ☐ Utilização de uma linguagem técnica
- ☐ Inexistência de condições físicas para o efeito
- ☐ *Ratio* utente/Enfermeiro interfere na disponibilidade de tempo
- ☐ *Ratio* utente/Médico interfere na disponibilidade de tempo
- ☐ Outro: _____

14) Na sua prática diária, quais os fatores que facilitam o processo de comunicação de uma má notícia?

15) Ao longo da sua vida profissional tem feito formação contínua na área da comunicação de más notícias?

- ☐ Sim ☐ Não

16) Assumindo que a comunicação de más notícias é uma competência, que estratégias considera importantes para a desenvolver?

17) Para cada afirmação seguinte, imagine que está perante um utente/família e tem que lhe transmitir uma má notícia. (Assinale com um X a opção que mais se adequada).

	0	1	2	3	4	5
	Não quer responder	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
a) Procura averiguar que informação é que o utente/família possui antes de lhe transmitir uma má notícia.						
b) Procura saber o que o utente/família quer saber antes de lhe transmitir uma má notícia.						
c) Utiliza uma linguagem clara e acessível na comunicação de uma má notícia.						
d) Utiliza termos técnicos e expressões de difícil compreensão na comunicação com o utente/família.						
e) Procura demonstrar atenção pelo utente/família quando transmite uma má notícia.						
f) Procura demonstrar compreensão empática.						
g) Procura demonstrar empenho e preocupação na resolução da situação do utente/família.						
h) Incute esperança após a comunicação de uma má notícia.						
i) Providência suporte psicológico ao utente/família após a transmissão de uma má notícia.						
j) Questiona o utente/família sobre as suas maiores preocupações, os seus medos e inseguranças.						
k) Preocupa-se em respeitar a privacidade do utente/família.						
l) Espera pelo momento mais adequado para o utente/família para comunicar a má notícia.						
m) Atende chamadas telefónicas quando está a transmitir uma má notícia.						
n) Procura não ser interrompido quando está a transmitir uma má notícia.						
o) Comunica uma má notícia pelo telefone.						
p) Recorre a eufemismos quando tem que transmitir uma má notícia.						
q) Demonstra disponibilidade sempre que é solicitado pelo utente/família.						
r) Evita transmitir uma má notícia, pedindo a um colega que o faça.						

Apêndice 2

Autorização para a utilização do questionário

Pedido de Autorização realizado através do email que se segue:

2016-02-29 22:02 GMT+00:00 Catarina Carneiro <carneiro-catarina@hotmail.com>:

Boa Noite Enfermeira Ângela Gonçalves!

Sou, Ana Catarina Carneiro, Enfermeira a trabalhar no [REDACTED]. Tenho que desenvolver uma tese de mestrado para concluir o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que estou a frequentar na Escola de Enfermagem de Viana do Castelo. Pretendo desenvolver uma tese com a temática "*Comunicação de más notícias no serviço de urgência*".

Neste sentido, a sua tese de mestrado intitulada "*Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidades de implementar a (Bio)ética na relação – Um estudo exploratório*", foi uma fonte de estudo e pesquisa.

Queria pedir a sua autorização para me deixar utilizar o seu questionário no meu estudo, algumas questões seriam retiradas e outras adaptadas. Concede-me a sua autorização?

A minha Orientadora Professora Aurora Pereira conseguiu me disponibilizar o seu contato de email através da Professora Lucília Nunes.

Agradeço a sua atenção e compreensão, agradecendo desde já que me ajude na realização da futura tese.

Peço, por favor, que me responda assim que possível!

Muito Obrigado!

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Carneiro

Autorização da autora efetuada através do email que se segue:

Angela gonçalves <[REDACTED]@gmail.com> qua 02-03-2016 20:42
Para: Catarina Carneiro <carneiro-catarina@hotmail.com>;

Boa noite Enfª Ana Catarina,

Fico contente que esteja a utilizar a minha tese como fonte de estudo e pesquisa. E sim, autorizo a utilização do questionário. Espero sinceramente que seja uma mais valia para o seu trabalho. Desejo-lhe muita sorte e espero que conclua o seu mestrado com sucesso.

Se precisar de mais alguma coisa da minha parte esteja ao dispor.

Atenciosamente,

Ângela Gonçalves

Apêndice 3

Informação para os Participantes do Estudo

Informação para os Participantes do Estudo

O estudo de investigação intitulado “Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência” será desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

É objetivo deste estudo compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência. Deste objetivo geral, emergem os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o que significa uma má notícia para os profissionais de saúde em contexto de serviço de urgência;
- Caracterizar o tipo de má notícia comunicada aos utentes/familiares pelos profissionais de saúde em contexto de serviço de urgência;
- Descrever as práticas dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias no serviço de urgência;
- Identificar o modo como os profissionais de saúde comunicam as más notícias no serviço de urgência;
- Identificar os fatores dificultadores e facilitadores da comunicação más notícias em contexto de serviço de urgência;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a comunicação de más notícias em contexto de serviço de urgência.

Os dados da pesquisa têm uma finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada a confidencialidade das fontes.

A participação neste estudo não traz nenhum risco, no entanto tem o direito de se recusar a preencher o questionário sem nenhum tipo de penalização para este facto.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do questionário, que pretende dar resposta aos objetivos acima referidos, expressando livremente a sua opinião. Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, utilizando os contatos abaixo referidos.

Muito obrigado pela sua participação e colaboração!

Os melhores cumprimentos,

Ana Catarina Carneiro

Identificação e Contato do Investigador

Ana Catarina Martins de Sousa Carneiro

Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto

Email: carneiro-catarina@hotmail.com

Apêndice 4

Quadros síntese da análise de conteúdo das questões abertas

Quadro da Questão 1

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidade de Registo
Significado de má notícia	Doença	Crónica	E4; E23; E28; E37; E48; M61.
		Súbita	E6; E10; E11; E13; E17; E20; E2; E28; E31; E34; E50; M59; M62; M86; M113.
		Oncológica	E17; E23; E31; E35; E38; E47; M53; M58; M61; M72; M87; M109.
		Incapacitante	E4; E35; E36; E37; E38; E44; M58; M104.
		Grave	E44; E45; M66; M72; M83; M94 (M).
		Causa constrangimento social	M53
		Agravamento de doença pré-existente	E6; E16; E20; M58.
	Gerador de sentimentos	Stress	E5; E8; E22; E46; E52; E106; M95.
		Impotência	E5; E41.
		Sofrimento	E14; E32; E52.
		Angústia	E8; E30; E46; M63.
		Desconforto	E22
		Desânimo	E30
		Desgaste emocional	E44; M82; M83; M84; M92; M81.
		Perda	E41
		Tristeza	E30; E32; E52.
	Notícia com impacto negativo na vida pessoal e familiar		E3; E9; E18; E25; E27; E29; E34; E39; E42; E50; E51; E105; E107; M54; M60; M61; M64; M65; M68; M72; M77; M85; M96; M97; M97; M98; M110; M111.
	Mau prognóstico		E19; E27; E33; E36; E43; E44; E47; E48; M53; M55; M56; M57; M58; M59; M62; M69; M71; M73; M78; M83; M91; M94; M96; M97; M103; M104; M109; M113.
	Morte	Súbita	E1; E10; E21; E44; M113.
		Sem especificar	E4; E6; E21; E23; E27; E28; E35; E37; E38; E43; E49; E50; M56; M58; M71; M83; M94; M100; M104; M109.
	Necessidade de Internamento	Na urgência	E1; M66.
		Sem especificar	E10; E13; E16; E18; E19; E50; M58; M61; M66; M71; M72; M87; M93; M100; M104; M112; M113.
	Tarefa difícil		E2; E5; E9; E10; E15; E40; M67; M70; M80; M81; M90; M95; M99; M101.
	Evento adverso inesperado		E7; E52; M55; M74; M77; M78; M82; M85; M97; M100.
	Demora na realização de exames		E13; E19; M61; M112.
	Inerente à prática profissional		M75; M76; M102; M112.
	Necessidade de intervenção cirúrgica urgente		M56; M72; M87.
	Situação de fase terminal		M54; M58; M78.
	Transferência de um utente		E13
	Recusa de transporte		M71

Quadro da Questão 2

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidade de Registo
Tipo de má notícia Comunicada	Diagnóstico	Doença oncológica	E3; E9; E11; E17; E21; E26; E41; E45; E47; E48; M54; M61; M62; M67; M75; M76; M77; M80; M82; M86; M90; M92; M96; M97; M99; M100; M109; M111; M112; M113.
		Doença grave	E3; E7; E14; E40; M66; M72; M73; M84; M91; M94; M95.
		Doença súbita	E6; E8; E10; E11; E21; E24; E31; E32; M64; M102.
		Doença crónica	E28; E29; E37; M59; M64; M109.
		Doença incapacitante	E29; E42; M66; M74; M97.
		Agravamento de doença pré-existente	E6; E46; E52.
		Causa constrangimento social	M53
	Morte		E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E14; E17; E21; E22; E24; E26; E27; E28; E29; E33; E35; E37; E38; E39; E40; E41; E42; E43; E44; E47; E48; E49; E51; E52; E106; M55; M59; M60; M62; M64; M65; M66; M67; M70; M74; M77; M78; M79; M82; M83; M86; M89; M91; M95; M97; M98; M100; M101; M103; M104; M111.
			E5; E23; E25; E27; E30; E36; E43; E46; E106; E107; M55; M56; M57; M58; M63; M68; M69; M72; M74; M77; M79; M80; M81; M82; M84; M85; M89; M91; M94; M95; M96; M98; M101; M109.
	Necessidade de Internamento	Na urgência	E12; E16.
		Sem especificar	E13; E15; E16; E18; E19; E20; E22; E31; E34; E50; M53; M55; M71; M73; M79; M87; M110.
	Situação de fase terminal		E2; E20; E33; E51; M59; M77; M81; M86; M95; M97.
	Necessidade de intervenção cirúrgica urgente		E16; E21; E50; M56; M57; M79; M85; M87; M93; M99.

Quadro da Questão 14

Área temática	Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Número de Unidade de Registro
Fatores facilitadores na comunicação de más notícias	Centrados no utente e família	Conhecimento	Da situação familiar do utente	E2
			Que o utente/família detém sobre a situação clínica	E2; E20; E26; E43; E9; E13; E18; E33; E44; E48; M73; M85; M60; M66; M74; M81; M91; M100.
		Nível sociocultural, académico e económico		E18; E30; E45; E47; E48; M53; M67; M68; M72; M101.
		Relacionado com a doença	Grau de gravidade	E18; E41.
			Situações esperadas	E44; M78; M82.
		Bom suporte familiar		M53; M99; M103.
		Presença do familiar		E20; M72.
		Capacidade de resiliência		M53
		Existência de relação prévia		M81
	Centrados nos profissionais de saúde	Competências comunicacionais e relacionais	Linguagem acessível e simples	E1; E3; E6; E11; E19; E25; E26; E34; E46; E50; E52; E105; E106; M70; M78; M89; M95; M97.
			Empatia	E3; E5; E7; E8; E19; E23; E51; M54; M63; M86; M92; M110; M112.
			Organização da informação	E29; E40; M78; M79; M95.
			Capacidade relacional	E7; E24; M90.
			Validar a informação transmitida	E11; M70.
			Respeito	E3; E46.
			Gestão das emoções	E28; E29.
			Compreensão	E3
			Estimular a expressão de sentimentos	E42
			Falar calmamente	E106
			Honestidade	M96
			Sem definir	E45; E48; M63; M91.
		Boa relação da equipa multidisciplinar		E15; E27; E28; E40; E45; E105; M59; M67; M71; M85; M86.
		Formação no âmbito da comunicação		E10; E12; E22; E23; E24; E40; E49; E107; M101.
		Experiência profissional		E13; E23; E24; E27; E34; E45; M69; M80; M110.

Quadro da Questão 16

Área Temática	Categoria	Número de Unidade de Registro
Estratégias para desenvolver competências na área de comunicação de más notícias	Formação contínua na área da comunicação	E2; E3; E5; E6; E8; E9; E12; E13; E14; E15; E19; E21; E22; E23; E25; E28; E31; E32; E33; E37; E39; E43; E45; E50; E105; M53; M55; M56; M59; M61; M62; M64; M66; M67; M68; M69; M71; M74; M75; M78; M79; M81; M82; M83; M84; M86; M87; M88; M89; M91; M92; M94; M96; M98; M99; M101; M102; M103; M104; M109; M110; M112; M113.
	Criar espaços de reflexão	E6; E15; E17; E22; E31; M56; M59; M64; M70; M79; M81; M85; M93; M103; M110.
	Experiência profissional	E29; M53; M60; M61; M65; M71; M86; M93.
	Constituir uma equipa multidisciplinar específica	E18; E37; E107; M61; M91.

Apêndice 5

Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Eu, _____, tomei conhecimento que o objetivo deste estudo visa compreender o processo de comunicação de más notícias ao utente/família em contexto de serviço de urgência.

Sei que neste estudo está prevista a realização de um questionário, tendo-me sido explicado em que consiste o mesmo.

Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de me recusar a participar no preenchimento do questionário, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Por aceitar participar de livre vontade no estudo acima mencionado, assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador:

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Investigador: _____

Data: ____/____/____